



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Memoria de Trabajo en Pacientes con Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Eduardo Arzate Román

Director: **Dra. Cristina Alejandra Mondragón Maya**

Dictaminadores: **Dra. Ma. Guillermina Yáñez Téllez**

Mtra. Martha Alejandra Gómez López



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



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.

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT IA205516
“Caracterización Neuropsicológica de Pacientes con Esquizofrenia y Trastorno
Bipolar Tipo I”

Agradecimientos

A la UNAM por haber sido mi segunda casa desde CCH, donde conocí a muchos amigos y personas que marcaron parte de mi vida, pero un especial agradecimiento a la FES Iztacala, donde tuve la oportunidad de estudiar esta carrera, y a pesar de la distancia y desvelos, hoy logro terminar.

A mis profesores que ayudaron a mi formación a lo largo de estos años con sus clases, prácticas y anécdotas.

A la Doctora Alejandra Mondragón porque estuvo a lo largo de mi formación, apoyándome con las dudas que me surgían, con los seminarios que impartía como mi tutora de beca, y estar ahí cuando necesitaba ayuda en otras materias, pero, sobre todo, por haberme invitado a ser parte de su proyecto de investigación y por marcar mi formación con sus clases y talleres de neuropsicología.

A mis compañeros y amigos que hice dentro de esta institución, con los cuales disfrute de grandes momentos de alegría y en algunas ocasiones de disgustos, pero que a pesar de todo se mantuvieron ahí y formaron parte de mi vida dentro de esta institución, a Araceli, porque me acompañó y escucho en mi camino a la escuela, tanto en la tarde como en la mañana, a Edna, por mantener ese corazón de Indi, a Jorge, por muchos momentos de fiesta, a Selzín, por pelear siempre de todo y no dejarse de nada, a Mixu, por ser la persona que guía y fomenta que siga estudiando, además de estar siempre ahí para escucharme.

A mi Familia, porque estuvieron apoyándome en cada momento a lo largo de mi carrera, porque ustedes son las personas con las que siempre podré contar, a mi padre, a quien le guardo admiración y respeto, a mi madre, por ser la persona que siempre está al pendiente de mí, quien, a pesar de todo, siempre ha buscado sacarnos adelante y que nada nos falte, porque ella siempre ayudó a que yo pudiera terminar mi carrera. A mis hermanos, con quienes disfruto muchos momentos de pastelería, bebidas y chucherías y finalmente a Hannah, la más pequeña de la familia y la más consentida.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
Capítulo 1. ESQUIZOFRENIA.....	5
1.1. Antecedentes Históricos.....	5
1.2. Definición y características.....	7
1.3. Bases biológicas.....	10
1.4. Características neuropsicológicas.....	12
1.5. Diagnóstico.....	14
1.6. Tratamiento.....	15
Capítulo 2. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO.....	18
2.1. Antecedentes Históricos.....	18
2.2. Definición y características	20
2.3. Bases biológicas.....	21
2.4. Características neuropsicológicas.....	22
2.5. Diagnóstico.....	23
2.6. Tratamiento.....	24
Capítulo 3. MEMORIA DE TRABAJO.....	27
3.1. Definición.....	27
3.2. Bucle fonológico.....	28
3.3. Agenda visoespacial.....	30
3.4. Ejecutivo central.....	31
3.5. Buffer episódico.....	32
3.6. Bases biológicas de la memoria de traba.....	33
3.7. Memoria de trabajo en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.....	34

Capítulo 4.	JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA....	37
4.1.	Objetivos.....	38
4.1.1.	Objetivo General.....	38
4.1.2.	Objetivo Específico	38
4.2.	Hipótesis.....	39
Capítulo 5.	MÉTODO.....	40
5.1.	Participantes.....	40
5.2.	Instrumentos y materiales.....	41
5.3.	Procedimiento.....	42
5.4.	Análisis de datos.....	43
Capítulo 6.	RESULTADOS.....	44
Capítulo 7.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	50
7.1.	Discusión.....	50
7.2.	Conclusiones.....	54
REFERENCIAS.....		55
ANEXOS.....		63

RESUMEN

La esquizofrenia es una enfermedad que presenta síntomas positivos, negativos y cognitivos como delirios, alucinaciones, apatía, alogia, y alteraciones en memoria de trabajo, atención, entre otros. En el trastorno esquizoafectivo están presentes muchos de los síntomas de la esquizofrenia, además de una sintomatología afectiva que se puede expresar en episodios depresivos, maníacos o mixtos, sin embargo, aún se sigue investigando sobre las diferencias que existen entre estas dos enfermedades, ya que aún no está claro si el trastorno esquizoafectivo debe considerarse como una enfermedad independiente o parte del espectro de esquizofrenia. El objetivo de este trabajo fue evaluar y comparar la memoria de trabajo en tres grupos: grupo de esquizofrenia (GE) conformado por 22 personas, grupo de trastorno esquizoafectivo (GEA) conformado por 22 personas y grupo control (GC) conformado por 23 personas. Para evaluar dicho dominio en su modalidad visual se utilizó la Prueba de Span Espacial de la Escala de Memoria de Wechsler (WMS) y en su modalidad auditiva se utilizó la Prueba de Span Letra-Número (LNS). La hipótesis planteada consideraba un mejor desempeño del GC sobre los grupos clínicos, y un mejor desempeño del GEA sobre el GE. En los resultados se puede apreciar que existieron diferencias estadísticamente significativas entre GC y los grupos clínicos, pero no hubo diferencias entre el GE y el GEA, además existe una correlación negativa de variables clínicas con memoria de trabajo en el GEA. Los resultados sobre la comparación entre GE y GEA son contradictorios con lo encontrado en la literatura, por lo que se sugiere seguir investigando y ampliar la muestra en futuras investigaciones, para poder delimitar mejor las características propias de cada enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad que ha existido desde hace muchos años y aunque es difícil precisar el momento en el que inició, ya que su concepción ha ido cambiando a lo largo del tiempo, es una enfermedad que se debe seguir investigando para precisar mejor sus características y diferenciarla de mejor manera de otras enfermedades. Actualmente se define como una enfermedad psicótica que incluye alteraciones emocionales, conductuales, cognitivas y neurológicas, de causa incierta y que padecen 21 millones de personas en todo el mundo, por lo que es muy importante ofrecer un diagnóstico oportuno y un tratamiento multidisciplinario que ayude en la vida cotidiana de estas personas.

El trastorno esquizoafectivo es una enfermedad de la cual se ha estudiado poco y que se ha confundido constantemente con otras enfermedades como esquizofrenia o trastorno bipolar, ya que sus características no están bien delimitadas. Esta enfermedad se puede catalogar como psicótica con una marcada sintomatología afectiva, acompañada de alteraciones conductuales, cognitivas y neurológicas que suele tener mejor pronóstico en comparación con esquizofrenia, aunque presentan mayor riesgo de suicidio por lo que es importante un diagnóstico oportuno para iniciar un tratamiento multidisciplinario lo antes posible.

La memoria de trabajo por su parte es el almacenamiento temporal de información, mientras se está realizando una tarea. Baddeley (2010) ofreció un modelo para explicar la memoria de trabajo, el cual consta de cuatro elementos, un bucle fonológico, una agenda visoespacial, el ejecutivo central y un buffer episódico. El bucle fonológico permite retener y manipular la información lingüística que proviene del medio ambiente o del interior del sistema cognitivo. La agenda visoespacial permite procesar la información visual y espacial que genera el sistema cognitivo en forma de imágenes mentales, el buffer episódico es donde se encuentra de forma temporal la información de la agenda visoespacial y el bucle fonológico. Por último, el ejecutivo central es el responsable de controlar la atención y coordinar la información que proviene del bucle fonológico y de la agenda visoespacial.

Se ha observado que en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo existen diversas deficiencias en funciones cognitivas, como memoria de trabajo, sin embargo, aún es difícil precisar en cuáles pacientes hay un deterioro mayor, y si esta diferencia representa un criterio suficiente para diferenciar y diagnosticar cada una de estas enfermedades.

El interés de desarrollar esta tesis está enfocado en investigar más acerca del trastorno esquizoafectivo, el cual ha sido poco estudiado, y del que todavía falta mucho por conocer, los estudios que se encuentran hoy en día son limitados, por lo que es importante continuar investigando esta enfermedad para delimitar mejor sus características y diferenciarla de mejor manera de otras enfermedades como la esquizofrenia.

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la memoria de trabajo en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, para lo cual se plantearon dos hipótesis, la primera suponía que el rendimiento en memoria de trabajo de las personas con trastorno esquizoafectivo sería superior al compararlo con esquizofrenia, y la segunda que el grupo control tendría mejor desempeño en comparación con los grupos clínicos.

Esta tesis se desarrolla en 7 capítulos. El primer capítulo expone los antecedentes históricos relevantes de la esquizofrenia, así como aquellas características cognitivas, fisiológicas y conductuales que se han encontrado de esta enfermedad, además de la forma de evaluación y los tratamientos que se pueden brindar desde diferentes disciplinas, entre ellas la psicología.

El capítulo 2 está enfocado en el trastorno esquizoafectivo, se describen las características cognitivas, conductuales y fisiológicas que se han reportado de esta enfermedad, así como su forma de evaluación e intervención, donde se evidencia la necesidad de seguir investigando este trastorno para ofrecer tratamientos más especializados.

En el capítulo 3 se define la memoria de trabajo utilizando los elementos del modelo de Baddeley, y se hace una revisión de diferentes trabajos donde se ha evaluado memoria de trabajo en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.

En el capítulo 4 se presenta la justificación, objetivos, así como la hipótesis que fue guiando el trabajo de esta tesis a lo largo de la investigación. Por su parte en el capítulo 5 se describe la metodología que se llevó a cabo para la realización de esta investigación. En el capítulo 6 se presentan los resultados más relevantes que se encontraron y finalmente en el capítulo 7, la discusión, conclusiones y limitaciones.

1. ESQUIZOFRENIA

1.1. Antecedentes Históricos

Bermejo (2007) menciona que alguna de las limitaciones para conocer la historia de las enfermedades mentales, es la constante presencia de prejuicios religiosos, sociales, filosóficos y morales, propios de la época que se estudie, lo que dificulta la comprensión de estas enfermedades y condiciona la forma en las que se les trata. Esto se puede observar en el pequeño recorrido histórico que se realizará a continuación.

Para Parry (2005), es difícil ubicar el momento histórico en el que surgió la esquizofrenia. Actualmente se desconoce si es una enfermedad que siempre ha existido o si ésta es reciente debido a que antes del siglo XIX pudo haber sido percibida como delirium, manía, melancolía, demencia, imbecilidad o locura. Posterior a este siglo psiquiatras y psicólogos han realizado diversas investigaciones para delimitar las características de la esquizofrenia y diferenciarla de otros trastornos mentales.

Antes del siglo XVIII el concepto que predominaba era el de locura, sin embargo, se desconocían las causas, formas de manifestación o pronóstico, las personas simplemente eran señaladas como locas y se les marginaba por esta situación. En la Edad Media y principios del siglo XVI, las personas eran aisladas por la condición en la que se encontraban, se les negaba alojamiento y eran apartados a las orillas de la ciudad, encerrados en cárceles junto con criminales o enviados a barcos donde morían en alta mar por falta de alimento (Posininsky & Schaumburg, 2004).

La percepción que se tenía en esa época sobre las enfermedades mentales estaba muy arraigada con la magia, superstición, brujería y la religión, en muchos casos se creía que las personas eran poseídas por demonios, y de esta forma se explicaba el comportamiento y la forma en cómo eran tratados, se justificaba su aislamiento y en muchos casos su muerte (Parry, 2005; Posininsky & Schaumburg, 2004).

A partir del siglo XVII, García (2005) menciona que el término de locura dejó de tener una connotación mística, religiosa, y fue considerada como una enfermedad, la cual se nombró como vesania y podía manifestarse de diferentes formas y estados evolutivos, sin embargo, aún no existía una distinción clara con otros trastornos.

En el siglo XIX con los trabajos de Kraepelin se denominó demencia precoz, a un conjunto de afecciones mentales que presentaban alucinaciones, delirios, trastornos afectivos, negativismo, comportamiento estereotipado y deterioro en la personalidad, causado por factores genéticos con poca probabilidad de cura, progresiva y que inicia en la juventud o principios de la vida adulta (García, 2015).

Posteriormente Bleuer critica la demencia precoz de Kraepelin, y propone el término de esquizofrenia, al considerar que el rasgo a resaltar no es el progreso de la enfermedad, la cual no siempre llegaba a la demencia, si-no, el estado caracterizado por una alteración en la personalidad y funciones psíquicas, que tenían como consecuencia una pérdida del contacto con el medio social (García, 2005).

De acuerdo a Posininsky y Schaumburg (2004), en la actualidad se ha buscado llegar a un consenso sobre las características que se presentan en la esquizofrenia para diferenciarla de otros trastornos, además de que se ha optado por un tratamiento que incluye lo farmacológico, la psicoterapia y el entrenamiento social para mejorar la calidad de vida de estas personas. Tales características y formas de intervención se presentarán en los siguientes capítulos.

En este recorrido histórico se puede apreciar que no existe evidencia precisa que nos pueda mostrar en qué momento inician los primeros reportes de esquizofrenia, sin embargo, en la actualidad es importante continuar investigando, quitar estigmas que puedan existir sobre esta enfermedad y ofrecer resultados que puedan servir para desarrollar métodos de intervención que ayuden a mejorar la calidad de vida de estas personas.

1.2. Definición y características

La esquizofrenia se encuentra dentro de los trastornos psicóticos y se caracteriza por alteraciones emocionales, conductuales, de pensamiento y percepción, afectando no solo la vida de la persona quien la padece, sino también su ámbito social, escolar, familiar y laboral (Ulloa, Sauer & Apiquian, 2011).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016), la esquizofrenia está presente en 21 millones de personas en todo el mundo y más del 50% no recibe un tratamiento adecuado, tan solo en México según la Secretaría de Salud (2017) más de un millón de mexicanos tiene este trastorno, por lo que resulta imprescindible continuar investigando para ofrecer información que ayude al tratamiento de estas personas.

Los síntomas que se presentan dentro de la esquizofrenia se pueden clasificar en negativos y positivos, en este sentido Posininsky y Schaumburg (2004), mencionan que los síntomas positivos son aquéllos que no están presentes en un individuo sano y son propios de la enfermedad o trastorno, como por ejemplo el delirio, que es característico de diferentes trastornos psicóticos y no está presente en ninguna persona sana. Por su parte los síntomas negativos, son carencias o disminuciones funcionales con respecto al estado anímico normal, por ejemplo, la falta de interés.

De acuerdo con Cañamares et al. (2001), los síntomas positivos presentes en la esquizofrenia son los siguientes:

- Alucinaciones: Alteración de algún sentido, ya sea auditivo, visual, olfativo, gustativo o táctil, en donde se experimenta la sensación de percibir un estímulo que no existe, siendo las auditivas las más comunes cuando las personas escuchan voces ya sea de forma interna o externa.
- Delirios: Creencias falsas o erróneas que llevan a malinterpretar diferentes situaciones que vive la persona, el delirio más común es el de persecución, aunque existen otros como de grandeza o religiosidad.
- Conducta extravagante: Movimientos estereotipados, agresividad, y conductas que no son acordes a la situación en la que se encuentra la

persona, así como comportamiento catatónico, es decir la persona permanece inmóvil durante un largo periodo de tiempo.

- Trastorno formal del pensamiento: Responden evasivamente a cosas irrelevantes ante cuestionamientos que se le hacen, además de pensamiento ilógico, incoherencia en el discurso y dificultad para expresar lo que se quiere decir.

Por su parte los síntomas negativos de acuerdo a Cañameres, et al. (2001) se describen a continuación:

- Afecto embotado o aplanamiento afectivo: Dificultad para expresar emociones, y hacer contacto visual, así como inexpresión facial y respuesta afectiva inapropiada.
- Alogia: Dificultad para responder en una conversación de forma fluida y espontánea, las personas realizan comentarios breves, sin sentido y tardan en contestar.
- Abulia-apatía: Falta de energía para realizar las actividades que antes realizaba cotidianamente, como ir a la escuela o al trabajo, además, pueden descuidar su higiene y mantenerse sin realizar ninguna actividad productiva.
- Anhedonia: Dificultad o incapacidad para sentir placer, disminución en su actividad social y sexual, por lo que las personas tienden a aislarse.
- Déficit de atención: Dificultad para hacer contacto social, las personas se distraen fácilmente y parece que no pueden concentrarse en lo que hacen o dicen.

Algunos tipos de esquizofrenia que describe Posininsky y Schaumburg (2004), son la forma paranoica-alucinatoria, la forma catatónica y la denominada hebefrenia. En la primera forma los delirios y las alucinaciones son constantes, las personas piensan que todo el mundo habla de ellos y tienen la sensación de que son controlados o perseguidos por otras personas. En la forma catatónica, las personas pueden permanecer inmóviles por periodos largos de tiempo, a pesar de que están conscientes y su pulso se acelere. Por su parte, la hebefrenia suele iniciarse en la pubertad y muchas veces es confundida con los cambios propios de la adolescencia, se caracteriza por un predominio principalmente en alteraciones

emocionales y conductuales, así como en falta de interés y en menor medida se presentan delirios y alucinaciones (Posininsky & Schaumburg, 2004).

Además, González y Mejía (2008) mencionan otros tipos de esquizofrenia la residual y la indiferenciada. La primera se caracteriza por un predominio de síntomas negativos a lo largo de la enfermedad y en menor medida de síntomas positivos, aunque estos últimos no desaparecen, finalmente la esquizofrenia es indiferenciada cuando los síntomas que presentan las personas no se ajustan a ninguna de las clasificaciones antes mencionadas.

Aunque en la actualidad no se sabe con certeza el origen de la esquizofrenia, existen diversos modelos que intentan explicar cómo surge, entre ellos el modelo genético y el modelo del neurodesarrollo. El primero menciona que existe un alto riesgo de desarrollar esta enfermedad si hay familiares de primer grado con esquizofrenia, así mismo, hay mayor riesgo si padres con esquizofrenia tienen gemelos monocigóticos a que si tienen gemelos dicigóticos, sin embargo, hay un 60% de personas con esquizofrenia que no presentan historial familiar, por lo que es necesario tener en cuenta otros factores como los ambientales, para explicar la etiología de esta enfermedad (Obiols & Vicens, 2003).

El modelo del neurodesarrollo considera que el origen de la esquizofrenia es debido a una alteración en el desarrollo del cerebro, dicha alteración puede ser ocasionada por factores genéticos y/o ambientales. Entre los factores ambientales prenatales se encuentra: la urbanización, malnutrición y/o infecciones virales de la madre durante el embarazo, alteraciones físicas menores, alteraciones en los dermatoglifos, lateralidad manual y el mes de nacimiento de las personas. Entre los factores perinatales ambientales están complicaciones obstétricas, y finalmente factores durante la infancia como: alteraciones motoras, neuropsicológicas y en las relaciones sociales (Obiols & Vicens, 2003).

1.3. Bases biológicas

Aunque no existe una explicación neurológica que pueda ilustrar por completo la esquizofrenia, existen diferentes hipótesis que intentan describir las bases biológicas de esta enfermedad, entre ellas se encuentra la hipótesis del neurodesarrollo, neurodegeneración, receptores NMDA y dopaminérgica, las cuales se explicarán a continuación.

De acuerdo a Pino, Guilera, Najas, Rufián y Rojo (2014) desde la hipótesis del neurodesarrollo se propone que existen factores genéticos que en combinación con factores ambientales propician un desarrollo anormal del cerebro, lo que ocasiona que en algún momento se manifieste la esquizofrenia. Algunos hallazgos que se han encontrado y que apoyan esta hipótesis son descritos por Bermudo et al. (2004) como complicaciones obstétricas y perinatales, así como factores de riesgo tales como un funcionamiento social, académico e intelectual inferior al promedio, y la presencia de familiares con esta enfermedad, así como alteraciones neurológicas. De esta manera si existe un desarrollo anormal del cerebro se explican alteraciones cognitivas presentes en la esquizofrenia, por ejemplo, memoria, atención, concentración y lenguaje.

Desde la hipótesis de la neurodegeneración, la esquizofrenia es una enfermedad crónica y degenerativa del sistema nervioso, una vez que inicia, se ha observado un deterioro progresivo asociado con la presencia de síntomas positivos y alteraciones cognitivas, además se ha observado que entre más tiempo pasa sin tratamiento una persona el deterioro es mayor, adicionalmente también se ha visto que los medicamentos retrasan esta progresión, haciendo que no avance tan rápido el deterioro, lo que ayuda a sustentar esta hipótesis (Gupta & Kulhara, 2010; Pino et al. 2014). Algunas otras evidencias que sustentan esta propuesta se basan en el largo periodo de latencia entre el periodo embrionario y la presencia del primer episodio psicótico, y que, al estudiar el avance de la enfermedad en diferentes pacientes, el avance por lo regular es crónico y no estático, afectando progresivamente aspectos cognitivos, sociales y neurológicos.

La hipótesis de receptores NMDA, sustenta que la etiología de la esquizofrenia está relacionada con la hipofunción de los receptores de glutamato del tipo NMDA; se ha observado tanto en animales como en humanos que la administración de co-agonistas de receptores de NMDA tiene ligeras mejorías en los síntomas presentes en la esquizofrenia, además, se ha visto que cuando se estimulan los receptores NMDA hay mejoría en los síntomas positivos, negativos y cognitivos (Giménez, 2012).

Por último, la hipótesis que más aceptación ha tenido es la dopaminérgica, la cual sostiene que los síntomas de la esquizofrenia se deben a una sobreproducción de dopamina o a una hipersensibilidad a este neurotransmisor. Los inicios de esta hipótesis se dan gracias a diferentes observaciones donde se puede constatar que las anfetaminas y otras sustancias liberadoras de dopamina producían episodios psicóticos, y por el contrario, los medicamentos antagonistas de los receptores dopaminérgicos eran efectivos en los síntomas de la esquizofrenia (Carretero, 2004).

De acuerdo a Saiz, De la Vega y Sánchez (2010), las principales vías dopaminérgicas involucradas en la esquizofrenia son:

- Mesolímbica: Proyecta desde el área tegmental ventral del mesencéfalo a ciertas áreas límbicas, en donde la hiperactividad dopaminérgica de esta vía explica los síntomas positivos en la psicosis.
- Mesocortical: Proyecta desde el área tegmental ventral al córtex prefrontal ventromedial y dorsolateral, en donde un déficit dopaminérgico de esta vía se relaciona con síntomas negativos, afectivos y cognitivos en la esquizofrenia.
- Nigroestriado: Proyecta desde la sustancia negra del tronco del encéfalo a los ganglios basales o estriado. El bloqueo dopaminérgico de esta vía puede provocar alteraciones de movimiento como rigidez, tics y distonía.
- Tuberoinfundibular: Constituida por las neuronas que proyectan desde el hipotálamo a la hipófisis anterior, el bloqueo de esta vía por medicamentos puede tener efectos secundarios como galactorrea y disfunciones sexuales.

Finalmente es importante señalar que, aunque existen diversas hipótesis para explicar la etiología de la esquizofrenia, aun no se ha logrado explicar ésta por completo, y al parecer tales hipótesis no son excluyentes entre sí, por lo que es importante seguir investigando para comprender más acerca de esta enfermedad. Cannon (2015) propone que la hipótesis de neurodesarrollo, dopaminérgica y glutamatérgica se complementan. Él sugiere que factores genéticos y alteraciones obstétricas podrían condicionar un desarrollo anormal del sistema nervioso en los primeros años de vida, causando una baja en la función del receptor NMDA. La hipofunción de este receptor causará a su vez un desbalance en el sistema dopaminérgico, provocando la sintomatología positiva y negativa característica de esta enfermedad.

1.4. Características neuropsicológicas

La evaluación neuropsicológica es de gran importancia para el estudio de diferentes enfermedades y trastornos, entre ellas la esquizofrenia, ya que nos sirve para detectar alteraciones neurocognitivas, las cuales pueden servir para futuras investigaciones y para ofrecer mejores formas de evaluación y tratamiento (Chapi, 2011).

De acuerdo con Pardo (2005), antes de la década de los 90 las investigaciones en esquizofrenia solo se centraban en el estudio de los síntomas positivos y negativos, sin embargo, estudios posteriores demostraron que también existen diversas afectaciones cognitivas en las que destacan trastornos de memoria, aprendizaje, funciones ejecutivas, alteraciones en atención y memoria de trabajo. Además, Selma (2008) menciona que estos déficits cognitivos pueden aparecer desde la aparición del primer episodio psicótico y permanecer estables hasta los 65 años aproximadamente, ya que a partir de esta edad las alteraciones cognitivas tienden a ser más pronunciadas.

La memoria es uno de los aspectos más investigados dentro de la neuropsicología. De forma general ésta se puede definir como la capacidad para adquirir, almacenar

y recuperar información (Kundera, 2008). Actualmente se han postulado diferentes tipos de memoria como, por ejemplo, a corto plazo, largo plazo, declarativa, semántica, entre otras. En pacientes con esquizofrenia existe evidencia de que esta función se encuentra deteriorada, varios pacientes presentan dificultad para recordar, tanto a largo como corto plazo, y de forma visual como auditiva (Pardo, 2005).

En lo que respecta al aprendizaje, Selma (2008), menciona que estos déficits se pueden deber al retraso de la adquisición y automatización de nuevas habilidades, la cual muchas veces se puede observar años antes de la aparición del primer episodio psicótico, durante la vida escolar de los pacientes con esquizofrenia.

Las funciones ejecutivas se definen como la capacidad de una persona para anticipar, planificar, abstraer y tomar decisiones conscientes para resolver un problema, hacer autocrítica y elaborar un juicio que nos permita actuar ante ciertas situaciones e interactuar socialmente con otras personas (Ventura, 2004). En pacientes con esquizofrenia de acuerdo a Pardo (2005), donde se ha utilizado la prueba de cartas de Wisconsin (WCST), se ha observado un rendimiento inferior en esta función con respecto a grupos controles, lo cual indica una anomalía en la corteza prefrontal dorsolateral.

De acuerdo con Rogers (2002) la atención es la capacidad que tiene una persona para la focalización y concentración de la conciencia hacia un estímulo, identificándose diferentes tipos de atención, como la atención selectiva y focalizada. La atención selectiva se da cuando entre muchos estímulos se eligen y buscan solo algunos de interés y se suprimen los demás, por ejemplo, cuando buscamos a una persona entre una multitud. La atención focalizada por su parte se da cuando centramos la conciencia en un estímulo, suprimiendo los demás. Por ejemplo, cuando estamos viendo una película, y suprimimos todos los estímulos que pasan a nuestro alrededor. En lo que respecta a pacientes con esquizofrenia, Pardo (2005) reportó alteraciones en atención selectiva y focalizada, aunque al parecer estos déficits no son característicos de esta enfermedad, ya que existen variables clínicas como la apatía, que podrían influir en el desempeño de este dominio.

Finalmente, en memoria de trabajo también se ha visto un rendimiento por debajo de la norma, lo cual puede estar relacionado con una disminución en el volumen del lóbulo frontal que se ha observado en pacientes con esquizofrenia (Selma, 2008). Más adelante se profundizará sobre este tema.

1.5. Diagnóstico

Para el diagnóstico de esquizofrenia se pueden usar los criterios del DSM-5 (APA, 2013), los cuales se enlistan a continuación:

A) Dos o más de los siguientes síntomas presentes durante un mes

- Delirios
- Alucinaciones
- Discurso desorganizado
- Comportamiento desorganizado o catatónico
- Síntomas negativos

B) Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como trabajo, relaciones interpersonales u otro, está por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.

C) Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de 6 meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan con el criterio A.

D) Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

E) El trastorno no se atribuye a los efectos fisiológicos de alguna droga o medicamento.

F) Si existen antecedentes del trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, solo se diagnostica con esquizofrenia en caso

de alucinaciones o delirios notables, además de que se deben presentar los otros síntomas de la esquizofrenia por un periodo mínimo de un mes.

Además, se debe especificar la gravedad de la enfermedad y si ésta se presenta con catatonía.

Para el diagnóstico de la esquizofrenia se puede hacer uso de la entrevista tomando en cuenta los criterios del DSM-5, además de instrumentos y escalas de valoración de síntomas, autoinformes, observación, y técnicas psicofisiológicas que ayuden a diagnosticar adecuadamente esta enfermedad (García, 2005).

1.6. Tratamiento

La intervención se puede dar desde la aparición del primer episodio psicótico, donde se incluye ayuda farmacológica, cognitivo-conductual, intervención con la familia y rehabilitación cognitiva. El tratamiento farmacológico incluye antipsicóticos que mejoran los síntomas, aunque no los curan, los primeros antipsicóticos llamados típicos, actúan como bloqueadores de receptores dopaminérgicos, sin embargo, actualmente también existen antipsicóticos atípicos, que bloquean simultáneamente receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos, mejorando tanto síntomas positivos como negativos (Ceruelo & García, 2007).

De acuerdo con Robles, Páez y González (2012) la intervención cognitivo-conductual en pacientes con esquizofrenia se debe enfocar en 4 aspectos: psicoeducación y apego al tratamiento, entrenamiento en habilidades sociales, manejo de emociones negativas y terapia cognitivo-conductual para síntomas positivos.

En psicoeducación se deben utilizar diferentes técnicas para ofrecer información acerca de la esquizofrenia y formas de afrontamiento que las personas puedan llevar a cabo en su vida diaria. Posteriormente para lograr apego al tratamiento es conveniente utilizar técnicas como la reestructuración cognitiva y modificación de la

conducta, con el fin de lograr que las personas no abandonen su tratamiento y puedan continuar con la toma de sus medicamentos (Robles et al. 2012).

El entrenamiento en habilidades sociales, debe adaptarse a las necesidades de cada persona para mejorar el funcionamiento social de acuerdo con el contexto en el que se desarrolla, en este entrenamiento se pueden usar diferentes técnicas basadas en el aprendizaje social de Bandura (Robles et al. 2012).

En lo que respecta al manejo de emociones negativas, Robles et al. (2012), mencionan que existe evidencia que relacionan emociones negativas intensas y exacerbadas con síntomas psicóticos, por lo que resulta imprescindible incluir en la intervención psicológica un manejo de emociones, donde se pueden utilizar técnicas como relajación profunda, detención de pensamiento y modificación de creencias negativas.

Finalmente en la terapia cognitivo-conductual para síntomas positivos, se busca debilitar la fuerza de los delirios, y que la persona sea capaz de identificar antecedentes y emociones que se puedan asociar con los delirios, para evitar que se presente, o bien también se busca que la persona pueda afrontar de mejor manera sus delirios, teniendo en cuenta que muchos de ellos son irracionales; en lo que respecta a las alucinaciones se trabaja con las creencias que la persona tenga sobre ellas, su relación con ellas y su forma de afrontamiento, se busca que las personas sean conscientes de ellas, que tengan en cuenta que no son reales y muchas veces son el reflejo de preocupaciones personales (Robles et al. 2012).

La intervención con la familia es punto también importante, el cual consiste en informar a los familiares acerca de la enfermedad, ya que muchas veces pueden tener dudas e incluso aislar completamente a sus familiares con esquizofrenia, lo que no favorece el tratamiento del paciente. Otro punto es que muchas veces algunos familiares pueden presentar depresión, por lo que es importante una oportuna intervención psicológica. Un buen clima familiar, con buena cohesión, comunicación y sin factores estresantes, es beneficioso para personas con esquizofrenia (Rascón & Alcántara, 2012).

Según Zabala y Panadés (2014) existen diversos programas de rehabilitación cognitiva, como por ejemplo el entrenamiento frontal-ejecutivo, el cual está constituido por tres módulos:

- Módulo de flexibilidad cognitiva: Consta de ejercicios que estimulen la flexibilidad de pensamiento, el razonamiento y mantenimiento de información relevante para cada tarea.
- Módulo de memoria de trabajo: Se centra en procesos de control ejecutivo que se dirige a otras funciones como memoria, atención, secuenciación, trabajo con varias tareas y recuerdo demorado de información verbal y auditiva.
- Módulo de planificación: Se centra en procesos de conducta autoguiada, autoinstrucciones, formación de esquemas y programas de acción.

La intervención temprana desde el primer ataque psicótico, adherencia al tratamiento, intervenciones con la familia y psicoterapia cognitivo conductual, pueden ayudar a prevenir recaídas, ya que se estima de acuerdo a Godoy, Muela y Godoy-Izquierdo (2012) que para el primer año entre el 15% y 35% sufre de una recaída, a los dos años el porcentaje sube a 52 y a los 5 años el 85% de personas con esquizofrenia ha sufrido por lo menos una recaída, por lo que es importante seguir el tratamiento adecuado de forma multidisciplinaria.

Es fundamental un diagnóstico y tratamiento oportunos, ya que un tratamiento temprano mejora el pronóstico en el paciente. Se recomienda también una intervención que incluya lo psicológico y lo farmacéutico para un mejor pronóstico en los pacientes con esquizofrenia.

2. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

2.1. Antecedentes históricos

De acuerdo con Marneros (2015) es probable que el trastorno esquizoafectivo siempre haya existido, sin embargo, hay un problema sobre su clasificación y diagnóstico, ya que se considera un trastorno intermedio entre la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, lo cual ha representado un reto para definir claramente los límites de cada una de estas enfermedades.

A finales del siglo XIX, Kraepelin intentó diferenciar entre esquizofrenia y trastorno maniaco-depresivo (hoy llamado trastorno afectivo bipolar), logrando establecer características específicas para cada una, aunque estas características no siempre eran consistentes, y aquellas personas que presentaban síntomas de ambas enfermedades las denominó no clasificables. Sin embargo, en las investigaciones de su discípulo Zending, encontró que cerca del 30% de la muestra diagnosticada con esquizofrenia presentó un curso y pronóstico que no correspondía con su enfermedad, por lo que Kraepelin reconoció que su clasificación no era suficiente para diferenciar estas dos enfermedades (Arenas & Rogelis, 2006; Marneros, 2015).

En 1933 según Marneros (2015) fue introducido el término de esquizoafectivo por Kasanin, quien describió un grupo de casos atípicos, donde las personas presentaban un cuadro clínico que podría ser considerado tanto esquizofrenia como trastorno afectivo, en donde la recuperación era más favorable que en la esquizofrenia, por lo que era difícil ofrecer un diagnóstico certero.

En 1966 Jules August investigó los trastornos esquizoafectivos, bajo el nombre psicosis mixta, en donde encontró que esta enfermedad podía tener más relación con los trastornos afectivos y en menor medida con la esquizofrenia, contrario a lo que se había pensado hasta ese momento, en donde se le relacionaba más con la esquizofrenia (Marneros, 2015).

Marneros (2015) menciona además que en los años 70 se consideró fundamental la presencia conjunta de síntomas afectivos y esquizofrénicos, con una duración mínima, para diagnosticar con trastorno esquizoafectivo, los síntomas afectivos deberían ser lo suficientemente fuertes para descartar completamente la esquizofrenia y los síntomas psicóticos no deberían alcanzar los criterios para la esquizofrenia.

En 1955 se hizo la primera edición del DSM, debido al desacuerdo existente en ese momento con las clasificaciones hechas por la OMS y el CIE-6 de Europa. En la primera edición de este manual se menciona el trastorno esquizoafectivo como una reacción esquizofrénica, en la segunda edición se consideró al trastorno esquizoafectivo como un subtipo de la esquizofrenia, en la tercera edición se incluyó en el grupo de trastornos psicóticos no clasificables, para la cuarta se coloca en la categoría de otros trastornos psicóticos, con prácticamente los mismos criterios de diagnóstico que en la edición anterior y en la actual versión (DSM-5), ya se reconocen dos subtipos: el tipo bipolar y el tipo depresivo (Arenas & Rogelis, 2006; Marneros, 2015).

La presencia del trastorno esquizoafectivo ha sido evidente a lo largo de la historia, sin embargo, la principal problemática que ha existido está dada por la dificultad para diagnosticarla, y definir con claridad los límites de esta enfermedad, aunque en la actualidad se tiene una clasificación con síntomas que aparentemente pueden diferenciar la esquizofrenia del trastorno esquizoafectivo o bien de algún trastorno afectivo, aún falta por investigar más acerca de las características neuropsicológicas del trastorno esquizoafectivo, para delimitar mejor si existen diferencias en este aspecto con otras enfermedades del espectro de la esquizofrenia.

2.2. Definición y características

Aún en la actualidad el trastorno esquizoafectivo ha causado controversia entre diferentes investigadores, algunos consideran que es una forma atípica de esquizofrenia o de los trastornos afectivos, e incluso hay quienes consideran que debería de estudiarse como una enfermedad independiente, sin embargo, la mayoría de los estudios ubican el trastorno esquizoafectivo como un trastorno intermedio que se ubica entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos (Marneros, 2015).

De acuerdo con Oriolo, Muñio, Sancha y Benabarre (2015), un paciente con trastorno esquizoafectivo puede presentar cualquier síntoma característico de la esquizofrenia, añadiendo síntomas afectivos en forma de episodios maníacos, depresivos o mixtos; en la mayoría de las ocasiones el primer episodio que presentan las personas con trastorno esquizoafectivo es de tipo psicótico, por lo que es común que se confunda con esquizofrenia o un trastorno psicótico breve, sin embargo, los episodios posteriores pueden variar entre afectivos y/o psicóticos. Menos de un tercio de pacientes presentan solo un tipo de episodio, este cambio en los diferentes tipos de episodios es algo que caracteriza la enfermedad.

La aparición del trastorno esquizoafectivo suele darse a una edad más temprana en comparación con personas con esquizofrenia y trastorno bipolar y se presenta más comúnmente en mujeres que hombres. Algunos factores que se asocian con la aparición de este trastorno son la existencia de estresores (rupturas afectivas, aparición de enfermedades graves, etc), historial de consumo de drogas, antecedentes familiares de trastornos afectivos y/o de esquizofrenia, además se ha visto que existen múltiples componentes genéticos que aumentan la probabilidad de aparición de esta enfermedad (Agote & Waisman, 2015; Fonseca & Waisman, 2015).

Aunque existen pocos estudios acerca de la incidencia del trastorno esquizoafectivo de acuerdo con Agote y Waisman (2015), se estima que entre el 0.3% y el 0.8% de la población mundial desarrolla la enfermedad, además estas personas tienen

mayor probabilidad de suicidarse, por lo que resulta importante brindar diagnóstico y tratamiento de forma oportuna.

2.3. Bases biológicas

De acuerdo con Del Agua, Del Agua y Jiménez (2015) desde que se desarrolló la teoría dopaminérgica se han investigado otros sistemas de neurotransmisión como el serotoninérgico o el glutamatérgico, los cuales también están implicados en enfermedades como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, por lo que nos puede indicar que en el trastorno esquizoafectivo estas alteraciones también están presentes.

Del Agua et al. (2015) afirman que existen alteraciones en los receptores postsinápticos, autoreceptores presinápticos, en la liberación, recaptación y regulación de dopamina en el trastorno esquizoafectivo, lo cual puede explicar parte de la sintomatología psicótica presente en esta enfermedad.

Parte de la sintomatología afectiva se puede explicar por alteraciones en el sistema serotoninérgico, debido a que se han observado mayores receptores 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C}, lo cual también suele ser común en pacientes con depresión, además esto afecta la regulación de otros neurotransmisores como la dopamina (Del Agua, et al. (2015).

El sistema glutamatérgico es el principal sistema excitador del sistema nervioso central, su síntesis principal parte del aminoácido glutamina, el cual es transformado en glutamato y GABA. En personas con enfermedades psicóticas, como el trastorno esquizoafectivo, se ha visto que agonistas de los receptores NMDA disminuyen la sintomatología negativa y antagonistas de estos receptores inducen ataques psicóticos. Este sistema también está relacionado con la dopamina, ya que los sistemas dopaminérgicos inhiben la liberación de glutamato. En lo que respecta a la actividad del GABA se ha visto que una disminución de las células gabaérgicas podría conllevar una hiperactividad de las neuronas dopaminérgicas, en pacientes

esquizoafectivos las concentraciones de GABA están significativamente disminuidas en comparación con personas sin esta enfermedad (Del Agua, et al. 2015).

Por su parte Abrams, Rojas y Archiniegas (2008) reportan que en estudios de neuroimagen se puede observar disminución del volumen cortical en zonas temporales y frontales, como en la materia gris y blanca, así como en el hipocampo.

Es difícil encontrar estudios específicos sobre trastorno esquizoafectivo, ya que en la mayoría surgen comparaciones con otras enfermedades como esquizofrenia o trastornos afectivos, sin embargo, no se puede negar que existen alteraciones químicas cerebrales de estas personas.

2.4. Características neuropsicológicas

El deterioro cognitivo es un predictor muy importante del funcionamiento psicosocial y laboral de personas que tienen algún trastorno con sintomatología psicótica como en el caso del trastorno esquizoafectivo. De acuerdo con Jiménez y Solé (2015) se ha visto que el funcionamiento cognitivo de las personas con trastorno esquizoafectivo se encuentra alterado en dominios como memoria, memoria de trabajo, funciones ejecutivas, flexibilidad cognitiva, razonamiento y resolución de problemas, sin embargo, este funcionamiento es mejor si se compara con la esquizofrenia, pero aún está por debajo del rendimiento de personas con trastornos del estado de ánimo, aunque es algo que aún debe de investigarse, ya que no existen investigaciones contradictorias al respecto.

El debate sobre si el trastorno esquizoafectivo debe considerarse como una enfermedad aparte, separada de la esquizofrenia o de los trastornos del estado de ánimo ha provocado que actualmente no se tenga tanta información sobre el perfil cognitivo de estas personas, ya que en muchos casos la muestra es mixta y se incluyen a personas con trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia (Jiménez y Solé, 2015).

Cuando se comenzó a estudiar al trastorno esquizoafectivo como una enfermedad independiente se le comparaba con la esquizofrenia y se observaba que el deterioro cognitivo era similar en ambas enfermedades en dominios como memoria, resolución de problemas, flexibilidad cognitiva y razonamiento, sin embargo, en estudios posteriores se empezó a observar que el deterioro era mayor en esquizofrenia que en trastorno esquizoafectivo (Jiménez y Solé, 2015).

Al comparar el funcionamiento cognitivo de personas con trastorno esquizoafectivo y trastornos del estado de ánimo o bipolaridad, los resultados de acuerdo con Jiménez y Solé (2015), suelen mostrar un funcionamiento inferior en trastorno esquizoafectivo, aunque intermedio entre esquizofrenia y bipolaridad o trastornos del estado de ánimo, aunque es importante resaltar que existen estudios con resultados contradictorios, por lo que es fundamental continuar investigando sobre las alteraciones cognitivas en el trastorno esquizoafectivo, para delimitar mejor si existen o no diferencias con otras enfermedades psíquicas.

2.5. Diagnóstico

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013) los criterios diagnósticos a tener en cuenta para el trastorno esquizoafectivo son los siguientes:

- A) Un periodo ininterrumpido de la enfermedad en la que exista un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el criterio A de esquizofrenia.
- B) Delirios o alucinaciones durante dos o más semanas en ausencia de un episodio mayor del estado de ánimo.
- C) Los síntomas que cumplen el criterio de un episodio mayor del estado de ánimo están presentes durante la mayor parte de la duración total de las fases activa y residual de la enfermedad.

D) El trastorno no es atribuible a los efectos de una sustancia, como drogas o medicamentos, u otra afectación médica.

Además, el DSM-5 (APA, 2013) menciona dos subtipos de esta enfermedad:

Tipo bipolar: Cuando los episodios maníacos y de depresión mayor están presentes en la enfermedad.

Tipo depresivo: Cuando los episodios de depresión mayor están presentes en el transcurso de la enfermedad.

Los pacientes con trastorno esquizoafectivo presentan más síntomas maníacos y depresivos, y menos síntomas negativos, catatónicos y alucinaciones en comparación con aquellas personas que tienen esquizofrenia, además en el trastorno esquizoafectivo se puede presentar una depresión postpsicótica, que pone en riesgo de suicidio a las personas con la enfermedad (Pedrejón, Varela-Bondelle & Araúxo, 2015).

2.6. Tratamiento

Banabarre, Sancha, Muño y Oriolo (2015) mencionan que actualmente es difícil establecer un tratamiento que abarque exclusivamente al trastorno esquizoafectivo, ya que por lo regular a las personas que presentan esta enfermedad se les suele agrupar con personas que tienen esquizofrenia o trastorno bipolar.

El tratamiento farmacológico de personas con trastorno esquizoafectivo no se ha estudiado por completo, en algunos casos se suelen administrar únicamente antipsicóticos atípicos, los cuales han demostrado mayor estabilidad para esta enfermedad en comparación con los antipsicóticos típicos. Sin embargo, en otros casos se suelen administrar antipsicóticos atípicos conjuntamente con eutimizantes, y en casos más graves terapia electroconvulsiva, aunque la eficacia de cada uno de estos tratamientos aún se sigue investigando (Benabarre, et al., 2015).

Acompañado del tratamiento farmacológico, la intervención psicológica también resulta muy importante, ya que, de acuerdo con Benabarre, et al. (2015) se busca que la persona conozca más de su enfermedad, tenga conciencia sobre ella y sus consecuencias, con la finalidad de que aprenda estrategias para prevenir recaídas, reconozca sus síntomas iniciales, desarrolle adherencia al tratamiento y mejore su funcionamiento psicosocial.

Además, se ha observado efectividad de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los episodios de depresión mayor, cuando las personas no han respondido al tratamiento farmacológico (Benabarre, et al, 2015), lo cual apoya la necesidad de ofrecer intervenciones psicológicas en personas con esta enfermedad.

Robles et al. (2012) describen la eficacia de la intervención psicológica en el caso de una persona diagnosticada con trastorno esquizoafectivo, teniendo buenos resultados para el manejo de emociones negativas, alucinaciones, y síntomas positivos, así como entrenamiento en habilidades sociales que ayude a la persona a incorporarse en sus actividades cotidianas.

Hasta la fecha no existen estudios clínicos que exploren exclusivamente la eficacia de la rehabilitación cognitiva en personas con trastorno esquizoafectivo, aunque es innegable que existe una afectación en diferentes funciones cognitivas como memoria, funciones ejecutivas, flexibilidad de pensamiento, entre otras, por lo que es recomendable una intervención neuropsicológica donde se busque mejorar las funciones cognitivas afectadas (Jiménez & Solé, 2015).

Tanto en la esquizofrenia como en el trastorno esquizoafectivo debe existir un tratamiento multidisciplinario que incluya lo farmacológico, la rehabilitación cognitiva y la intervención psicológica, ya que esto ayudará a mejorar la calidad de vida de estas personas.

En el caso específico del trastorno esquizoafectivo, es importante continuar investigándolo de forma independiente, ya que muchos tratamientos se basan en el conocimiento sobre la esquizofrenia o el trastorno bipolar, por lo que resulta muy importante definir aquellas características que podrían ser exclusivas de esta enfermedad para ofrecer tratamientos más especializados.

3. MEMORIA DE TRABAJO

3.1. Definición

La memoria de trabajo es el almacenamiento temporal de información que al mismo tiempo se está procesando en una tarea cognoscitiva, en este tipo de memoria se incluye lo que se está pensando y la coordinación de las actividades requeridas para realizar una actividad, de esta manera permite mantener un presente continuo en una situación cambiante, por ejemplo, seguir los diferentes temas que se dan dentro de una conversación (Gerrig & Zimbardo, 2005; Woolfolk, 2010).

La memoria de trabajo necesita de la atención para tener un control y que las memorias a corto plazo no desaparezcan mientras se está llevando a cabo una actividad, pero al mismo tiempo la memoria de trabajo guarda una estrecha relación con la memoria a largo plazo, ya que es por medio de este mecanismo por el cual mucha información puede pasar a un almacenamiento a largo plazo (Gerrig & Zimbardo, 2005).

A diferencia de la memoria a corto plazo, la memoria de trabajo incluye tanto un almacenamiento temporal, como un procesamiento activo de la información, mientras que la memoria a corto plazo solo implica un almacenamiento temporal de nueva información inmediata, en este sentido se debe entender a la memoria de trabajo no como un lugar donde se almacenan cosas, sino como un proceso activo que incluye diferentes componentes. Baddeley (2010) ha ofrecido un modelo sobre la memoria de trabajo el cual está constituido por cuatro componentes, el bucle fonológico, la agenda visoespacial, el ejecutivo central y el buffer episódico.

La duración de la memoria de trabajo puede variar dependiendo del tiempo que permanezca activa la información, puede durar de 5 a 20 segundos, sin embargo, si se quiere mantener por más tiempo dicha información, existen algunos ejercicios

para conservarla, como el ejercicio de mantenimiento que implica repetir mentalmente la información y el ejercicio de la elaboración que consiste en asociar la información que queremos recordar con algo que ya sabemos y dominamos (Woolfolk, 2010).

Algunas causas por las que se podría perder la información de la memoria de trabajo son la interferencia y el decaimiento, el primero se debe a la confusión o mezcla de información nueva con información pasada, mientras que el decaimiento ocurre cuando se deja de prestar atención a cierta información y por consiguiente ésta se olvida (Woolfolk, 2010).

3.2. Bucle fonológico

Permite recibir y procesar únicamente la información lingüística que proviene del exterior o del interior de cada persona, su función es mantener activa la información basada en el lenguaje y manipularla para la realización de una actividad, en este componente se incluyen tareas como la comprensión lectora, escritura, mantener una conversación y el manejo de palabras o números (Báez, 2013).

De acuerdo con Baddeley (2010) se puede considerar que el bucle fonológico está compuesto por dos partes, en primer lugar, por un almacén fonológico y en segundo lugar por un mecanismo de repetición sub-vocálico. El primero es responsable de mantener la información por algunos segundos y el segundo es el encargado de recordar las huellas mnémicas, en este sentido, las huellas pueden permanecer presentes en la medida en que se repasen mentalmente o bien por medio de un mecanismo articulatorio.

En algunas ocasiones la información proviene de objetos visuales y no solo de sonidos provenientes del exterior, como en el caso de la lectura, en ese momento se codifican las letras escritas a un tipo fonológico, ya sea de forma subvocal o articulatorio, lo cual ayuda a procesar la información, por lo que resulta importante

el bucle fonológico para el mantenimiento del material verbal y el habla interna de cada persona (Tirapu-Ustárrroz & Muñoz-Céspedes, 2005).

El control articulatorio de la información proveniente del exterior, para mantener la huella mnémica, se realizará mediante un proceso de repetición subvocal, donde la información auditiva entrará directamente al almacén fonológico y la información visual tendrá que pasar por un proceso de codificación para que pueda llegar al almacén fonológico (Lorenzo, 2001).

Las principales evidencias empíricas sobre el bucle fonológico de acuerdo con Escudero y Pineda (2017) se basan en los estudios sobre el efecto de similaridad fonológica, longitud de palabra y supresión articulatoria. El efecto de similaridad fonológica demuestra que palabras que suenan de forma similar son más propensas al olvido, que aquellas palabras cuyos sonidos son diferentes. El efecto de longitud de palabra, hace referencia a estudios donde se observa que el recuerdo disminuye a medida que aumenta la longitud de las palabras que se van a recordar, por último, la supresión articulatoria, consiste en repetir palabras irrelevantes mientras se lleva a cabo un proceso de aprendizaje, donde se puede observar que este material irrelevante interfiere con el proceso de memorización.

Las zonas cerebrales relacionadas con el bucle fonológico se encuentran en áreas temporales relacionadas con el lenguaje, así mismo se ha encontrado que el almacén fonológico está relacionado con la región perisilviana izquierda y el sistema de articulación con el área de Broca (López, 2011).

Finalmente es importante mencionar que de acuerdo con López (2011), el bucle fonológico es necesario e importante en la adquisición del lenguaje en un niño o bien en el proceso de aprendizaje de otro idioma, el proceso de retención y repetición de palabras llevados a cabo por este mecanismo es crucial en este proceso de memoria.

3.3. Agenda visoespacial

Es el sistema encargado de procesar toda la información que proviene de estímulos visuales, así como espaciales, dichos estímulos pueden originarse tanto de forma exterior como de forma interior en la mente de cada persona, por lo tanto, se ve involucrado en tareas de construcción de cosas o trabajos manuales (López, 2011).

De acuerdo con Escudero y Pineda (2017) a diferencia del bucle fonológico, la agenda visoespacial no requiere de un repaso, ya que las imágenes pueden ser recordadas como un todo, aunque falta por investigar cuál sería el número de elementos disponibles en una imagen y lo que una persona es capaz de recordar sin problemas, además en este sistema es posible visualizar imágenes de forma interna, que aparentemente son fantasiosas ya que no corresponden o no existen en la realidad.

Se pueden distinguir dos elementos dentro de la agenda visoespacial, el primero tiene que ver con el almacenamiento visual y el segundo con el espacial, en ocasiones es probable que el recuerdo espacial esté por debajo del visual, es decir, podemos recordar de mejor manera los colores, las figuras, los objetos y en menor medida cómo se lleva a cabo la manipulación de los objetos, el proceso o los pasos que se siguieron (López, 2011).

Estos dos elementos también se pueden observar a nivel neurológico de acuerdo con López (2011) ya que algunas personas con lesiones en los lóbulos parietales, tienen dificultades espaciales, mientras aquellas personas que presentan una lesión en el lóbulo occipital, tienden a presentar dificultades visuales.

Baddeley (2003), presenta este sistema como una parte integradora entre lo visual y lo cinestésico, donde la combinación de ambos forma una memoria que puede ser almacenada y manipulada en la realización de alguna tarea, aunque en algunas ocasiones este almacenamiento puede ser predominantemente visual o espacial.

Así como el bucle fonológico supone un proceso para la adquisición del lenguaje verbal, la agenda visoespacial podría suponer una facilidad en la adquisición de

conocimiento semántico, la apariencia de las cosas, su forma y su color, así como la forma de cómo se utilizan diferentes herramientas. La agenda visoespacial, permite tener una continuidad en el tiempo y espacio para ubicarnos espacialmente y mantener imágenes que puedan dar sentido a lo que hacemos.

3.4. Ejecutivo central

Es el sistema que apoyado del bucle fonológico y la agenda visoespacial, dirige la atención a ciertas actividades, eligiendo aquéllas que deben mantenerse y cuáles se pueden suprimir, alternando esta información y la atención de acuerdo con la situación en la que una persona se encuentre, es decir, se encarga de controlar la atención de la memoria de trabajo, planificando y coordinando diferentes actividades (López, 2011).

Este sistema también coordina el flujo de información entre el bucle fonológico y la agenda visoespacial, lo cual puede hacer que en algunas situaciones exista información predominantemente visual, espacial o auditiva, aunque Baddeley llegó a reconocer que la agenda visoespacial demanda más esfuerzo al ejecutivo central, debido a que no se practica tan cotidianamente como el bucle fonológico (López, 2011).

Tirapu-Ustárriz y Muñoz-Céspedes (2005) mencionan que el ejecutivo central no guarda ningún tipo de información, sin embargo, se centra en seis procesos que se interrelacionan entre ellos, los cuales se mencionan a continuación:

- Codificación y mantenimiento de la información en el bucle fonológico y la agenda visoespacial.
- Mantenimiento y actualización de la información del bucle fonológico y la agenda visoespacial.
- Ejecución dual, es decir la capacidad que tiene una persona para utilizar información tanto del bucle fonológico, como de la agenda visoespacial.
- Inhibición. Capacidad para suprimir elementos o estímulos irrelevantes.

- Alternancia cognitiva. Capacidad para mantener, inhibir y actualizar la información del bucle fonológico y la agenda visoespacial, en función de lo que se demande en la situación.

El ejecutivo central es el responsable sobre hacia dónde se dirige la atención de la memoria de trabajo, desde este modelo la conducta habitual de una persona parte de esquemas mentales ya aprendidos. Sin embargo, Baddeley, también propuso la existencia de un sistema atencional superior, el cual se presenta cuando estamos ante una situación desconocida o nueva, este sistema atencional superior también es controlado por el ejecutivo central y se sobrepone a nuestros esquemas ante estas situaciones, de tal manera que podemos mantener el funcionamiento de la memoria de trabajo en situaciones cotidianas y nuevas (López, 2011).

De acuerdo con Escudero y Pineda (2017) a nivel neuroanatómico, las áreas cerebrales relacionadas con el funcionamiento del ejecutivo central son el córtex prefrontal dorsolateral y medial, así como regiones parietales de la corteza cerebral.

3.5. Buffer episódico

De acuerdo con Tirapu-Usárroz y Luna-Lario (2008), Baddeley considera agregar un nuevo elemento en su modelo, ya que en algún momento tanto la información del bucle fonológico, como de la agenda visoespacial se conjugan y puesto que el ejecutivo central no guarda información, ya que éste solo coordina y orienta la atención, lo llevó a añadir otro elemento el cual llamó buffer episódico.

El buffer episódico es el sistema que permite que los elementos del bucle fonológico y la agenda visoespacial se combinen y vinculen en representaciones tridimensionales en la memoria a largo plazo, y además hace que estas representaciones las podamos mantener temporalmente mientras realizamos alguna actividad, al igual que los sistemas antes explicados, éste también es controlado por el ejecutivo central, su denominación de episodio hace referencia a que se mantiene información de posibles situaciones vividas en un tiempo y espacio específico, que utilizamos en una actividad (López, 2011).

Actualmente se sigue investigando sobre una posible localización cerebral del buffer episódico, sin que se haya encontrado, aunque se puede sugerir que esto se debe a la activación simultánea de diferentes zonas cerebrales involucradas en todo el proceso de memoria de trabajo (Tirapu-Usárrroz & Luna-Lario, 2008).

3.6. Bases biológicas de la memoria de trabajo

Hasta hace algunos años el estudio de las bases biológicas de funciones cognitivas en el ser humano como la memoria de trabajo, se basaba en la observación de pacientes con daño en distintas zonas del cerebro, sin embargo, con la aparición de técnicas de neuroimagen funcional como la resonancia magnética funcional, la tomografía por emisiones de positrones y magnetoencefalografía, se ha podido estudiar de mejor manera el funcionamiento de la memoria de trabajo (López, 2011).

Baddeley (2002) menciona que el funcionamiento de la memoria de trabajo no puede limitarse exclusivamente a una zona del cerebro, sin embargo, estudió principalmente el funcionamiento de los lóbulos frontales, al argumentar que personas que tienen daño en esta zona presentan alteraciones en atención, flexibilidad cognitiva, además de que son incapaces de mantener información de forma temporal para realizar alguna actividad, por lo que se compromete de forma significativa el funcionamiento de la memoria de trabajo.

Siguiendo esta propuesta del funcionamiento del lóbulo frontal en la memoria de trabajo, Flores (2008), plantea que la región dorsolateral de la corteza prefrontal está relacionada con procesos como planeación, solución de problemas, y memoria de trabajo, siendo la parte del lóbulo que se encuentra en el hemisferio izquierdo la que se relaciona más con procesos verbales de la memoria del trabajo y la parte del hemisferio derecho con construcción de objetos y figuras, por lo que un daño en esta zona, afectaría el funcionamiento de la memoria de trabajo.

Levy y Goldman-Rakic (2000) proponen un funcionamiento basado en la corteza prefrontal, entendiendo ésta como una red que integra diferentes áreas

especializadas en un dominio, por ejemplo, la información visoespacial se procesa en la parte dorsolateral, la información del bucle fonológico con la parte ventrolateral y a su vez las áreas relacionadas con la agenda visoespacial se relacionan con el lóbulo parietal posterior y la parte fonológica con áreas temporales del lenguaje.

Tirapu-Ustárrroz y Luna-Lario (2008) comentan que algunas zonas del cerebro involucradas en la memoria de trabajo son la corteza prefrontal dorsolateral y ventrolateral, así como la corteza parietal y el cerebelo, siendo algunas pruebas de evaluación para este dominio, el n-back, el paradigma de Sternberg y las pruebas de dígitos, letras y números, y localización espacial de Weschler.

Finalmente, López (2011) sugiere que la memoria de trabajo es un proceso que se debe estimular desde la infancia, ya que es un dominio que se inicia a partir de los 4 años mejorando considerablemente a los 5 y 7 años, por lo que su estimulación será muy importante, no solo en la infancia sino a lo largo de la vida de la persona.

3.7. Memoria de trabajo en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo

Se ha observado que tanto en personas con esquizofrenia como en trastorno esquizoafectivo, existen diversas deficiencias en funciones cognitivas, como procesamiento de la información, atención, y memoria, sin embargo, aún es difícil precisar en cuáles pacientes hay un deterioro mayor y si esta diferencia representa un criterio suficiente para diferenciar y diagnosticar cada una de estas enfermedades.

En el caso de la memoria de trabajo en la esquizofrenia, se ha observado un funcionamiento por debajo del normal, en estudios donde se ha utilizado la Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos III, para evaluar esta función en grupos control y personas con esquizofrenia (Galaverna, Bueno & Morra, 2011; Lozano & Acosta, 2009). Además, existen estudios que sugieren una correlación entre

síntomas negativos y deficiencia en la memoria de trabajo en pacientes con esta enfermedad (Botero, et al. 2013).

En el trastorno esquizoafectivo existen pocos estudios enfocados en evaluar la memoria de trabajo, y aunque en evaluaciones neuropsicológicas en donde se evalúa memoria, funciones ejecutivas, razonamiento y resolución de problemas se ha visto una deficiencia muy similar en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, aún es difícil apreciar diferencias en ambas enfermedades con respecto a la memoria de trabajo (Gruber, Gruber & Falkai, 2006).

En un estudio realizado por Gruber et al. (2006), se evaluó memoria de trabajo en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, se encontró que en la esquizofrenia el funcionamiento tanto de la memoria de trabajo verbal como visual, estaba por debajo de los grupos control, pero en el caso del trastorno esquizoafectivo solo la memoria de trabajo visual resultó por debajo de los grupos control, lo cual abre más líneas de investigación para corroborar los datos encontrados en tal estudio.

Al comparar la memoria de trabajo entre esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo existen reportes contradictorios, ya que Gruber et al. (2006) encuentran diferencias entre estos dos grupos, en donde las personas con trastorno esquizoafectivo rindieron significativamente mejor en memoria de trabajo auditiva en comparación con el grupo de esquizofrenia. Por su parte Goldstein, Schemansky y Allen (2004) encontraron que las personas con trastorno esquizoafectivo rindieron significativamente mejor en memoria de trabajo al compararlos con un grupo de personas con esquizofrenia residual y esquizofrenia indiferenciada. Al igual Heinrichs, Ammari, Mcdermid y Miles (2008) hallaron un mejor desempeño en este dominio por parte de las personas con trastorno esquizoafectivo.

Por otro lado, también existen estudios que sugieren que estas diferencias no son significativas como los reportes de Gooding y Tallent (2001) quienes evaluaron funciones ejecutivas, incluyendo la memoria de trabajo y solo encontraron diferencias entre los grupos controles y los clínicos, pero no entre esquizofrenia y

trastorno esquizoafectivo. En esa línea Van Rheenen et al. (2016) compararon la ejecución de memoria de trabajo en ambos grupos y tampoco encontraron diferencias significativas. Por su parte, Madre et al. (2016) hicieron una revisión de diversos estudios encontrando que en gran parte de éstos no hay diferencias entre ambos grupos en la memoria de trabajo no verbal. Ante esto es recomendable continuar investigando para clarificar mejor las características de este dominio en ambos grupos.

4. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con Marneros (2015) la dificultad para clasificar el trastorno esquizoafectivo dentro de la esquizofrenia, o bien como un trastorno afectivo o independiente, radica en la poca investigación que se ha hecho sobre el trastorno esquizoafectivo, en este sentido es necesario realizar proyectos de investigación con el fin de distinguir diferencias cognitivas de procesos como memoria de trabajo en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.

La memoria de trabajo es un proceso que de acuerdo con diversos estudios se ve afectado en personas con esquizofrenia (Galaverna et al. 2011; Lozano & Acosta, 2009) sin embargo, aún hace falta investigar más sobre este proceso en personas con trastorno esquizoafectivo y hacer comparaciones entre ambas patologías para identificar diferencias o similitudes en ambas enfermedades.

Debido a la poca información que se tiene sobre el trastorno esquizoafectivo, muchos programas de intervención y evaluación se han extrapolado de la esquizofrenia, y aunque existen muchas similitudes en ambos trastornos, es importante que se investigue más sobre las diferencias entre ambos trastornos, para delimitar mejor el cuadro clínico y el tratamiento en pacientes diagnosticados con una u otra condición (Benabarre, 2012).

Además, un problema que ha existido en estudios pasados tiene que ver con la gran variedad de metodologías y formas de evaluación de aspectos neuropsicológicos en personas con este tipo de enfermedades, lo cual no permite una comparación y evaluación adecuada de funciones cognitivas como la memoria de trabajo. Ante esta situación se ha desarrollado la batería cognitiva consensuada MATRICS (MCCB) de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA) (Nuechterlein et al., 2008), con la cual se pretenden superar tales dificultades metodológicas, ya que con esta batería especializada se podrá realizar una adecuada comparación de los resultados de diferentes estudios.

Es importante mencionar también que de acuerdo con Jiménez y Solé (2015), la gran mayoría de estudios dejan de lado la evaluación de aspectos visoespaciales y

se enfocan más en aspectos verbales, en este sentido el presente proyecto evaluará aspectos visoespaciales y verbales de la memoria de trabajo en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, utilizando la MCCB con el fin de obtener un perfil más completo sobre esta función en estos pacientes.

El estudio de la memoria de trabajo en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, abre un panorama más amplio que posibilita comprender mejor las características de ambas enfermedades, lo cual puede permitir una mejor clasificación de ellas, y el desarrollo de protocolos de evaluación que permitan diferenciar al trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia.

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivo General

Evaluar y comparar la memoria de trabajo en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, así como su relación con sintomatología clínica

4.1.2. Objetivos Específicos

1. Describir la memoria de trabajo verbal y visual en pacientes con esquizofrenia.
2. Describir la memoria de trabajo verbal y visual en pacientes con trastorno esquizoafectivo.
3. Comparar la memoria de trabajo verbal y visual entre pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.
4. Comparar la memoria de trabajo verbal y visual entre los grupos clínicos (esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo) y un grupo control.
5. Evaluar si existe alguna relación entre la sintomatología clínica y la memoria de trabajo.

4.2. Hipótesis

H₁ Los pacientes con esquizofrenia obtendrán menores puntajes en memoria de trabajo visual y verbal que los pacientes con trastorno esquizoafectivo.

H₂ Los pacientes con trastorno esquizoafectivo obtendrán menores puntajes en memoria de trabajo visual y verbal que los sujetos control.

5. MÉTODO

5.1. Participantes

La muestra se dividió en tres grupos: grupo de 22 pacientes con esquizofrenia (GE), grupo de 22 pacientes con trastorno esquizoafectivo (GEA) y 23 individuos del grupo control (GC). Los criterios de inclusión para los tres grupos fueron:

- o Hombres y mujeres
- o Edad mínima de 18 años
- o Escolaridad mínima de 6 años
- o Que aceptaran participar en el proyecto

El criterio de inclusión adicional para el GE fue tener el diagnóstico de esquizofrenia y para el GEA fue tener el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Ambos grupos estaban bajo tratamiento farmacológico. El criterio de inclusión adicional para el GC fue haber obtenido un puntaje menor a 3 en el Inventario de Síntomas SCL-90 (Cruz, López, Blas, González, & Chávez, 2005).

Los criterios de exclusión para los tres grupos fueron:

- o Tener algún diagnóstico neurológico o retraso mental
- o Dependencia al alcohol o drogas, excepto tabaco
- o Problemas auditivos o visuales severos que impidan la evaluación

Los criterios de exclusión adicionales para los grupos clínicos (GE, GEA) fueron: tener diagnóstico adicional de otro trastorno del Eje 1 de acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013) y cursar con episodio psicótico al momento de la evaluación. El criterio de exclusión adicional para el GC fue tener algún familiar de primer grado con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

5.2. Instrumentos y materiales

A todos los participantes se les dio una hoja de datos demográficos. Para la identificación de los grupos, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (APA, 2013). El diagnóstico de los grupos de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo fue establecido con los criterios del DSM-5 (APA, 2013). El diagnóstico se llevó a cabo por psiquiatras especializados.
- *Inventario de Síntomas SCL-90* (Cruz, et al., 2005). Se utilizó este instrumento con la finalidad de seleccionar a los individuos del GC y descartar la presencia de algún probable trastorno psiquiátrico.

Para la evaluación de la sintomatología clínica del GE y GEA, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- *Escala del Síndrome Positivo y Negativo en Esquizofrenia (PANSS)* (Fresán et al., 2005). Con este instrumento se evaluó la intensidad y frecuencia de los síntomas positivos, negativos y generales presentes en los grupos clínicos.

Para la evaluación de la memoria de trabajo se utilizaron las pruebas incluidas en el MCCB correspondientes a este dominio (Nuechterlein, et al., 2008). Tales pruebas son:

- *Escala de Memoria de Wechsler: Span Espacial (WMS-SS)*. Esta prueba mide memoria de trabajo visual, poniendo a prueba la capacidad del individuo para recordar la localización de una serie de bloques que el evaluador señala. La aplicación consiste en dos condiciones: cubos en progresión y cubos en regresión. En la primera condición (progresión), el evaluador toca los cubos en un orden determinado y pide al sujeto que los toque en el mismo orden. En la segunda condición (regresión), el evaluador toca los cubos en un orden determinado y pide al evaluado que los toque en orden inverso. Se registra la suma de los puntajes crudos de cada condición. La confiabilidad test-retest

es aceptable (.74). Esta prueba fue incluida en el MCCB debido a su practicidad, corto tiempo de aplicación y ausencia de efecto de práctica (Nuechterlein & Green, 2006).

- *Prueba de Span Letra-Número (LNS)*. Evalúa memoria de trabajo verbal. Se pide al sujeto reorganizar mentalmente listas de letras y números entremezclados presentados oralmente antes de que éste se las repita al evaluador. Se puntúa el número total de respuestas correctas. La confiabilidad test-retest es aceptable (.78). Esta prueba fue incluida a la batería MCCB por su confiabilidad y relación con el estado funcional del paciente (Nuechterlein & Green, 2006).

5.3. Procedimiento

La identificación de los grupos GE y GEA fue llevada a cabo por psiquiatras especializados del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INPRF). Tras verificar los criterios de inclusión, se explicó el objetivo y procedimiento del estudio a los posibles participantes. En caso de que hubieran aceptado participar, se les dio a firmar una carta de consentimiento informado (Ver Anexo 1). Psicólogos entrenados llevaron a cabo la evaluación de la memoria de trabajo.

El GC estaba conformado por individuos sanos, similares en género y edad a los grupos clínicos. Fueron contactados en universidades y por medios electrónicos e impresos. Se verificaron los criterios de inclusión y se procedió de la misma forma que el GE y GEA.

5.4. Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron capturados en una base de datos para su análisis estadístico. Se utilizó estadística descriptiva y chi cuadrada para el análisis de los datos demográficos. Para comparar los puntajes de memoria de trabajo entre los 3 grupos, se utilizó ANOVA de un factor y prueba *post hoc* de Tukey. La exploración de posibles correlaciones entre la memoria de trabajo y variables clínicas se realizó por medio de un análisis de correlación de Pearson.

6. RESULTADOS

En la Tabla 1, se muestran los resultados obtenidos de los datos demográficos en donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas en escolaridad [$F(2,64)= 5.349, p < .05$]. Los análisis post hoc mostraron que las diferencias correspondían al GE y GC [$DM = t(36)=3.201, p<.05$].

Tabla 1

Resultados de Datos Demográficos

Datos Demográficos		GE	GEA	GC	F	p	Post Hoc
		M (DE)	M (DE)	M (DE)			
Edad		37.4 (9.05)	36.8 (9.06)	35.5 (13.8)	.185	.831*	---
Años de Escolaridad		12.5 (2.9)	14.5 (3.5)	15.3 (2.5)	5.349	.007*	GC > GE
Años de Escolaridad Padre		10.3 (5.9)	11.5 (5.2)	13.4 (3.7)	1.692	.195*	---
Años de Escolaridad Madre		8.8 (5.1)	10.8 (5.6)	10.9 (3.2)	1.115	.336*	---
		N (%)	N (%)	N (%)			
Género	Hombres	13 (59%)	8 (36%)	13 (56.5%)		.254 ⁺	---
	Mujeres	9 (41%)	14 (64%)	10 (43.5%)			
Estado Civil	Casado	0 (0%)	4 (19%)	4 (18%)		.097 ⁺	---
	Soltero	22 (100%)	17 (81%)	18 (82%)			
Ocupación	Estudia	4 (21%)	3 (15%)	5 (22%)		.065 ⁺	---
	Trabaja	6 (32%)	6 (30%)	8 (35%)			
	Estudia y trabaja	0 (0%)	1 (5%)	5 (22%)			
	Jubilado	0 (0%)	0 (0%)	2 (8%)			
	Sin Ocupación	9 (47%)	10 (50%)	3 (13%)			

GE: Grupo con Esquizofrenia, GEA: Grupo con trastorno esquizoafectivo, GC: Grupo control

M = media; DE = Desviación Estándar

*** ANOVA**

+ Chi cuadrada

A continuación, se muestra la Tabla 2 donde se pueden apreciar las frecuencias respecto a los antecedentes de enfermedades neurológicas y psiquiátricas en los tres grupos, así mismo se aplicó la prueba chi cuadrada, y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la relación entre trastorno bipolar y los tres grupos [$X^2 = 6.272$, $p < .05$], existiendo mayores diferencias en las frecuencias entre el GE y el GEA.

Tabla 2

Resultados de antecedentes de enfermedades en la familia

Enfermedad	GE	GEA	GC	p
	N (%)	N (%)	N (%)	
Esquizofrenia	6 (27%)	2 (9%)	2 (9%)	.222 ⁺
Trastorno Bipolar	2 (9%)	5 (23%)	0 (0%)	.043⁺
Depresión	6 (27%)	6 (27%)	9 (39%)	.611 ⁺
Ansiedad	2 (9%)	0 (0%)	3 (13%)	.235 ⁺
Epilepsia	0 (0%)	2 (9%)	3 (13%)	.235 ⁺
Migrañas	2 (9%)	2 (9%)	6 (26%)	.175 ⁺
Demencias	0 (0%)	1 (4.5%)	2 (9%)	.370 ⁺

GE: Grupo con Esquizofrenia, GEA: Grupo con trastorno esquizoafectivo, GC:

Grupo control

*** Chi cuadrada**

En la Tabla 3 se pueden ver los resultados obtenidos de los antecedentes personales de enfermedades y consumo de sustancias entre los tres grupos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol [$X^2 = 14.753$, $p < .05$] siendo mayores estas diferencias en las frecuencias entre el GC y los grupos clínicos.

Tabla 3

Resultados de antecedentes personales de enfermedades y consumo de sustancias.

Antecedentes	GE	GEA	GC	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Epilepsias	0 (0%)	2 (9%)	0 (0%)	.127 ⁺
Migrañas	2 (9%)	0 (0%)	5 (21%)	.057 ⁺
Traumatismo Craneoencefálico	2 (9%)	1 (4.5%)	2 (9%)	.801 ⁺
TDAH	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Trastornos de Aprendizaje	1 (5%)	1 (4.5)	0 (0%)	.576 ⁺
Consumo de Tabaco	9 (41%)	9 (41%)	8 (35%)	.887 ⁺
Consumo de Alcohol	4 (18%)	4 (18%)	15 (65%)	.001⁺
Consumo de Drogas	0 (0%)	1 (4.5%)	2 (9%)	.370 ⁺

GE: Grupo con Esquizofrenia, GEA: Grupo con trastorno esquizoafectivo, GC: Grupo control, TDAH: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

⁺ Chi cuadrada

En la Tabla 4 se muestran los resultados de las variables clínicas entre los grupos clínicos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en el número de hospitalizaciones entre GE (M=1.4, DE=.986) y GEA (M=2.95, DE=1.545) [$t(32)=-3.37$, $p<.05$, $r=.52$].

Tabla 4

Resultados de Variables Clínicas.

	GE	GEA	F	p
	M (DE)	M (DE)		
Edad de inicio de la enfermedad	24.5 (7.1)	25.2 (7.2)	.063	.771*
Evolución de la enfermedad	14.3 (11.7)	12.3 (7.9)	1.778	.578*
Número de Hospitalizaciones	1.4 (1)	3 (1.5)	2.616	.002*
PANSS Positivo	22.4 (4.3)	23.4 (6.9)	1.790	.186*
PANSS Negativo	22.8 (5.7)	21.2 (4.1)	.630	.432*
PANSS Cognitivo	21.4 (3.8)	20.1 (4.9)	.217	.644*
PANSS Excitabilidad	5.9 (2.3)	7.1 (3.4)	2.919	.095*
PANSS Ansiedad/Depresión	9 (3)	8.5 (3.5)	.209	.650*
PANSS Total	81.6 (12.7)	80.1 (15.1)	.751	.391*

GE: Grupo con Esquizofrenia, GEA: Grupo con trastorno esquizoafectivo, PANSS: Escala de los Síndromes Positivos y Negativos.

M = media; DE = Desviación Estándar

*ANOVA

En la Tabla 5 se muestran los resultados obtenidos en las pruebas de memoria de trabajo donde encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prueba WMS en su modalidad de progresión [$F(2,64)= 8.746, p<.05$], entre el GC y el GE [$DM = t(36)=3.765, p<.05$] y el GC y GEA, [$DM = t(36)=3.420, p<.05$]. En su modalidad de regresión también se encontraron diferencias estadísticamente significativas [$F(2,64)= 10.303, p<.05$] entre GC y GE, [$DM = t(36)=3.685, p<.05$] y entre GC y GE, [$DM = t(36)=4.112, p<.05$].

En la prueba LNS también se encontraron diferencias [$F(2,64)= 6.517, p<.05$] entre GC y GE [$DM = t(36)=3.529, p<.05$], así como en las puntuaciones totales de memoria de trabajo [$F(2,64)= 10.280, p<.05$], entre GC y GE, [$DM = t(36)=4.297, p<.05$] y entre GC y GEA, [$DM = t(36)=4.364, p<.05$].

Tabla 5

Resultados en Memoria de trabajo

Prueba	GE	GEA	C	F	p	Post Hoc
	M (DE)	M (DE)	M (DE)			
WMS Progresivo	7.2 (1.9)	7.4 (1.6)	9.2 (1.6)	8.746	.000*	GC > GE, GEA
WMS Regresivo	7 (1.9)	6.7 (2)	8.9 (1.3)	10.303	.000*	GC > GE, GEA
WMS Total	14.2 (3.5)	14.2 (3.2)	18.2 (2.4)	12.553	.000*	GC > GE, GEA
LNS	11.3 (3)	12.3 (3.8)	14.5 (2.1)	6.517	.003*	GC > GE
Memoria de trabajo	37.8 (9.7)	39.3 (11)	49.9 (7.8)	10.280	.000*	GC > GE, GEA

GE: Grupo con Esquizofrenia, GEA: Grupo con trastorno esquizoafectivo, GC: Grupo control, WMS: Escala de Memoria de Wechsler, LNS: Prueba de Span Letra-Número

* ANOVA

Finalmente, en la Tabla 6, se muestran únicamente los resultados de las correlaciones significativas que se encontraron entre las variables clínicas y Memoria de trabajo en GE y GEA. En todas las situaciones resultaron correlaciones negativas.

Tabla 6

Correlaciones entre Variables Clínicas y Memoria de Trabajo

Correlaciones de Variables clínicas y Memoria de Trabajo en el GE		
	Rho de Pearson	P
LNS – PANSS Cognitivo	-.400	.010
Correlaciones de Variables clínicas y Memoria de Trabajo en el GEA		
LNS – PANSS Positivo	-.521	.016
LNS – PANSS Excitabilidad	-.440	.046
LNS – PANSS Ansiedad/Depresión	-.519	.016
LNS – PANSS Total	-.504	.020
Número de Hospitalizaciones – WMS Progresivo	-.557	.013
Número de Hospitalizaciones – WMS Total	-.503	.028
Correlaciones de Variables clínicas y Memoria de Trabajo en el GE y GEA		
LNS – PANSS Cognitivo	-.460	.041

GE: Grupo con Esquizofrenia, GEA: Grupo con esquizoafectivo, PANSS: Escala de los Síndromes Positivos y Negativos, , WMS: Escala de Memoria de Wechsler, LNS: Prueba de Span Letra-Número

^aEn la tabla solo se muestran los resultados donde se hallaron correlaciones significativas

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1. Discusión

El objetivo de este trabajo fue describir y comparar la memoria de trabajo en esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y un grupo control, así como identificar correlaciones entre sintomatología clínica y memoria de trabajo. Después de realizar las evaluaciones y el análisis estadístico de los datos se logró cumplir con tales objetivos.

Al analizar los datos demográficos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escolaridad entre el grupo control y las personas que tienen esquizofrenia, lo cual nos muestra lo discapacitante que puede ser esta enfermedad, por lo que resulta fundamental seguir implementando programas que puedan apoyar habilidades sociales, y la inserción en el campo laboral y escolar de las personas con esquizofrenia, programas como los planteados por Robles et al. (2012). El apoyo psicológico es importante para ofrecerles apoyo emocional y entrenamiento en las habilidades que necesiten desarrollar estas personas para desenvolverse de una forma adecuada en su vida diaria.

Además, en este trabajo se encontraron diferencias en los antecedentes familiares de enfermedades, específicamente de trastorno bipolar, donde de acuerdo con los datos recabados, ningún familiar del grupo control había desarrollado trastorno bipolar contra 5 familiares de personas con trastorno esquizoafectivo. En este trabajo solo se encontraron diferencias significativas en trastorno bipolar, sin embargo, de acuerdo Lermenda, Holmgren, Soto y Sapag (2013) las personas que tienen enfermedades psíquicas como esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, presentan antecedentes familiares de diferentes enfermedades psiquiátricas como esquizofrenia o trastorno bipolar, aunque estos antecedentes no son determinantes para desarrollar una enfermedad, ya que como mencionan Obiols y Vicens (2003), en la mayoría de los casos existe una combinación de factores biológicos y ambientales.

En lo que respecta a los antecedentes personales de enfermedades y consumo de sustancias se encontraron diferencias significativas en el consumo de alcohol, en donde las personas del grupo control son aquéllas que ingieren más alcohol en comparación con los grupos clínicos, esto puede deberse posiblemente a como menciona Ochoa (2003), existe una contraindicación entre el consumo de alcohol con medicamentos antipsicóticos, como los prescritos a las personas de los grupos clínicos, además, cabe señalar, que de acuerdo a la Secretaria de Salud (2016) cerca del 63% de la población en México se declara consumidora de alcohol, por lo que no debe resultar poco frecuente el consumo de estas sustancias en el grupo control.

En las variables clínicas se encontró que las personas con trastorno esquizoafectivo tienen un mayor número de hospitalizaciones, en comparación con aquéllas que tienen esquizofrenia, esto se puede deber a que como señalan Agote y Waisman (2015) estas personas tienen mayor probabilidad de morir por suicidio debido a la marcada sintomatología afectiva que presentan, ante esta situación es probable que parte del número de hospitalizaciones se deba a tales síntomas, por lo que es necesario también un tratamiento multidisciplinario, que pueda incluir la atención psicológica y de otros especialistas para dar apoyo emocional a estas personas.

La hipótesis que se había planteado contemplaba un mejor funcionamiento de memoria de trabajo del grupo de trastorno esquizoafectivo sobre el grupo de esquizofrenia, y un mejor funcionamiento del grupo control en comparación con los grupos clínicos, sin embargo, en este trabajo solo se pudo aceptar la segunda hipótesis, al encontrarse diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales de memoria de trabajo entre el grupo control y los grupos clínicos, y no así entre el grupo de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.

Al comparar los grupos de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ejecución de las diferentes pruebas de memoria de trabajo en ambas modalidades. Al respecto existe controversia si es la ejecución de la memoria de trabajo un indicador que pueda precisar diferencias entre ambas enfermedades, ya que existen trabajos que

apoyan la existencia de diferencias como los de Gruber et al. (2006), Goldstein, et al. (2004) y Heinrichs, et al. (2008) en donde las personas con trastorno esquizoafectivo tuvieron un rendimiento significativamente mejor, en comparación con las personas con esquizofrenia. Sin embargo, también hay estudios donde no se encontraron diferencias como los de Gooding y Tallent (2001), Madre, et al. (2016) y Van Rheenen et al. (2016), por lo que se sugiere tomar estos resultados con precaución, ya que se debe continuar investigando sobre el trastorno esquizoafectivo con muestras más grandes que la captada en este trabajo.

El rendimiento en memoria de trabajo del grupo control fue significativamente mejor tanto en su modalidad verbal, como visual, en comparación con el grupo de esquizofrenia, lo cual es congruente con lo encontrado en diferentes estudios (Botero, et. al. 2013; Selma, 2008) los cuales a pesar de utilizar otras herramientas como las pruebas de dígitos, letras y números, y localización espacial de Weschler para evaluar este dominio, encontraron resultados similares, sugiriendo que existe una disminución importante en la capacidad para ejecutar tareas donde se involucra la memoria de trabajo tanto en modalidad auditiva como visual en personas con esquizofrenia, asimismo esto se asocia con una alteración en diferentes áreas cerebrales como el lóbulo frontal, occipital y parietal, que de acuerdo con el modelo de Baddeley (2010) corresponden al bucle fonológico y a la agenda visoespacial.

Al comparar la ejecución de memoria de trabajo en el grupo control y el grupo esquizoafectivo, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la modalidad visual y no así en la modalidad auditiva, lo cual puede sugerir alteraciones en el lóbulo occipital y parietal principalmente, y una mayor conservación de las áreas de lenguaje involucradas en la memoria de trabajo como la área de Broca, lo cual de acuerdo al modelo de Baddeley (2010), podría suponer una mayor afectación en la agenda visoespacial, sin embargo, los resultados encontrados en este trabajo no son congruentes con lo hallado por otros autores como Gruber et al. (2006), quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna modalidad de memoria de trabajo entre estos dos grupos. Al ser el trastorno esquizoafectivo una enfermedad poco estudiada hasta el

momento, es difícil encontrar reportes consistentes, aunque los resultados hallados aquí marcan resultados preliminares que señalan mayores alteraciones en memoria de trabajo visual en personas con trastorno esquizoafectivo, lo cual debe seguir investigándose.

En lo que respecta a las correlaciones, se encontró una correlación negativa entre los resultados de la prueba LNS y PANSS Cognitivo, al tomar en cuenta los dos grupos clínicos, así como en el grupo de esquizofrenia. En lo que respecta al grupo de trastorno esquizoafectivo se encontraron correlaciones negativas entre LNS y PANSS Ansiedad/Depresión, Positivo, Excitabilidad y total. De forma general los resultados sugieren un peor desempeño en la memoria de trabajo verbal a mayor sintomatología.

Por último, también se encontró una correlación negativa entre el número de hospitalizaciones y memoria de trabajo visual en el grupo de esquizoafectivo, aunque otros autores como Ojeda et al. (2009) también reportan esta correlación en esquizofrenia, por lo que es recomendable continuar investigando si a mayor número de hospitalizaciones, es posible que exista un mayor deterioro cognitivo en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, ya que esto podría ser un indicador que nos ayude a inferir cuál sería el curso de las personas con estas enfermedades.

Limitaciones y recomendaciones

La principal limitación de este trabajo que se debe señalar es el tamaño de la muestra, la cual no es representativa, por lo que algunos datos estadísticos se deben tomar con precaución, y no es posible realizar generalizaciones, por lo que se recomienda en otras investigaciones ampliar la muestra para tener mayor confiabilidad en los resultados. Se debe subrayar la necesidad de conocer más sobre las características del trastorno esquizoafectivo, ya que aún falta mucho por investigar.

7.2. Conclusiones

Al comparar memoria de trabajo en el grupo de trastorno de esquizoafectivo con el grupo de esquizofrenia no se hallaron diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, el rendimiento de los grupos clínicos fue significativamente inferior al compararlo con el grupo control. En lo que respecta al grupo de esquizofrenia el rendimiento fue significativamente menor en comparación con el grupo control en ambas modalidades, lo cual, es congruente con los resultados de la literatura, mientras que el trastorno esquizoafectivo solo fue inferior en la modalidad visual.

La función del psicólogo en personas con enfermedades como esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo es muy importante, ya que como se puede encontrar en la literatura y en este trabajo, existe alteración en la memoria de trabajo, pero este no es el único dominio que se ve afectado, por lo que el trabajo del psicólogo, tanto clínico, como educativo y de diferentes áreas debe contemplar las necesidades de estas personas para ofrecer un servicio de calidad, que pueda incluir desde acompañamiento emocional, hasta entrenamiento en diferentes habilidades, para que estas personas puedan desenvolverse adecuadamente en su vida diaria.

Las herramientas utilizadas desde la neuropsicología también son importantes para la evaluación y rehabilitación de diferentes funciones cognitivas, por lo que fomentar la investigación en esta área resulta imprescindible en trastornos psicóticos, como la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo.

Finalmente, para concluir, hay mucho por investigar sobre el trastorno esquizoafectivo, para definir mejor sus características y diferenciarlo bien de otras enfermedades como la esquizofrenia y de esta manera ofrecer mejores tratamientos.

REFERENCIAS

- Abrams, D. J., Rojas D. C., & Archiniegas, D. B. (2008). Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and treatment*, 4(6), 1089-1109.
- Agote, D., & Waisman, C. (2015). Epidemiología del trastorno esquizoafectivo. En. A. Benabarre (Ed.), *Trastornos Esquizoafectivos* (pp.19-28). España: Editorial Medica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arenas, A., & Rogelis, A. (2006). Revisión del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad. *Universitas Médica*, 27(2), 147-156.
- Baddeley, A. (2010). Working memory. *Current Biology*, 20(4), 136-140.
- Baddeley, A. D. (2002). Is Working Memory Still Working?. *European Psychologist*, 7(2)2, 85–97.
- Baddeley, A. D. (2003). Working memory and language: an overview. *Journal of Communication Disorders*, 36, 189–208.
- Báez, E. M. (2013). Estudio de la memoria inmediata y memoria de trabajo en el ser humano. *Anales Universitarios de Etología*, 7, 7-18.
- Benabarre, A. (2012). *Manual para pacientes con trastorno esquizoafectivo* (pp. 5-41). España: Editorial Entheos.
- Benabarre, A., Sancha, A., Muñío, G., & Oriolo, G. (2015). Tratamiento del trastorno esquizoafectivo. En. A. Benabarre (Ed.), *Trastornos Esquizoafectivos* (pp.105-130). España: Editorial Medica Panamericana.
- Bermejo, J. C. (2007). Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e Historia de la enfermedad mental. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 45(3), 193-210.

- Bermudo, C. R., Puente, R., Quintero, F. J., Chinchilla, A., Correas J., Vega M., & Saiz J. (2004). Etiopatogenia de la esquizofrenia el valor de la neurobiología, el neurodesarrollo y la neurodegeneración. *Psiquis*, 25(6), 8-25.
- Botero, S., Muñoz, C., Ocampo, M., Escobar, M., Rangel, A., Quintero, C... Garcia, J. (2013). Memoria de trabajo verbal en individuos con esquizofrenia y sus familiares de primer grado: Relación de síntomas negativos y desorganizados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(3), 106-114.
- Cannon, T. D. (2015). How Schizophrenia Develops: Cognitive and Brain Mechanisms Underlying Onset of Psychosis. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(12), 1-13
- Cañamares, J. M., Castejón, M. A., Florit, A., González, J., Hernández, J. A., & Rodríguez, A. (2001). Descripción clínica. En. *Esquizofrenia* (pp. 16-30). España: Síntesis.
- Carretero, M. (2004). Esquizofrenia. El tratamiento con antipsicóticos atípicos. *OFFARM*, 23(2), 160-161.
- Ceruelo, J., & García, S. (2007). Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *Formación Médica Continuada*, 14(10), 637-647.
- Chapi, J. L. (2011). Rendimiento neuropsicológico de personas con esquizofrenia pertenecientes a un programa de rehabilitación integral. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 136-159.
- Cruz, F. C. S., López, B. L., Blas, G. C., González, M. L., & Chávez, B. R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81.
- Del Agua, E., Del Agua, E., & Jiménez, E. (2015). Neurobiología de los Trastornos Esquizoafectivos. En. A. Benabarre (Ed.), *Trastornos Esquizoafectivos* (pp.61-86). España: Editorial Medica Panamericana
- Escudero, J. H., & Pineda, W. F. (2017). Memoria de trabajo: El modelo multicomponene de Baddeley, otros modelos y su rol en la práctica clínica. En M. J. Bahamón, Y.

Alarcón, L. Albor & Y. Martínez (Comps.), *Estudios Actuales en Psicología. Perspectivas en Clínica y Salud* (pp. 14-26). Colombia: Editorial Mejoras.

Flores, J. C. (2008). Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 47-85.

Fonseca, F., & Waisman, M. (2015). Trastorno esquizoafectivo y consumo de sustancias. En A. Benabarre (Ed.), *Trastornos Esquizoafectivos* (pp.87-104). España: Editorial Medica Panamericana.

Fresán, A., De la Fuente-Sandoval, C., Loyzaga, C., Garcia-Anaya, M., Meyenberg, N., Nicolini, H., & Apiquian, R. (2005). A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 72, 123–129.

Galaverna, F., Bueno, A., & Morra, C. (2011). Perfil neurocognitivo en la esquizofrenia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(2), 103-113.

García, M. (2005). Técnicas de evaluación. En *Tratando... esquizofrenia ese desconocido mal* (pp. 51-57). México: Ediciones Pirámide.

Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). Memoria. En *Psicología y vida* (pp. 204-241). México: Prentice hall.

Giménez, C. (2012). Bases Moleculares de la Esquizofrenia. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 78(4), 425-445.

Godoy, J. F., Muela, J. A., & Godoy-Izquierdo (2012). Prevención de Recaídas en la esquizofrenia. En M. Valencia (Comp.), *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia* (73-121). México: Herder.

Goldstein, G., Shemansky, A. A., & Allen D. N. (2004). Cognitive function in schizoaffective disorder and clinical subtypes of schizophrenia. *Arch. Clin. Neuropsychology*, 20(2), 153-159.

- González, J., & Mejía, P. (2008). Esquizofrenia. En C. Gómez, G. Hernández, A. Rojas, H, Santacruz & M. U. Restrepo (Eds.), *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y Tratamiento en Niños, Adolescentes y Adultos* (pp. 381-390). España: Editorial Medica Panamericana.
- Gooding, D. C., & Tallent, K. A. (2001), Spatial working memory performance in patients with schizoaffective psychosis versus schizophrenia: a tale of two disorders. *Schizophrenia Research*, 53(2002), 209-218.
- Gruber, O., Gruber, E., & Falkai, P. (2006). Articulatory rehearsal in verbal working memory: A posible neurocognitive endophenotype that differentiates between schizophrenia and schizoaffective disorder. *Neuroscience Letters*, 405(2006), 24-28.
- Gupta, S., & Kulhara, P. (2010). What is schizophrenia: A neurodevelopmental or neurodegenerative disorder or a combination of both? A critical analysis. *Indian Journal Psychiatry*, 52, 21-27.
- Heinrichs, R. W., Ammari, N., Mcdermid, V. S., & Miles, A. A (2008). Are schizophrenia and schizoaffective disorder neuropsychologically, distinguishable?. *Schizophrenia Research*, 99, 149-154.
- Jiménez, E., & Solé, B. (2015). Neuropsicología y rehabilitación neuropsicológica de los pacientes esquizoafectivos. En. A. Benabarre (Ed.), *Trastornos Esquizoafectivos* (pp.73-86). España: Editorial Medica Panamericana.
- Lermanda, V., Holmgren, G., Soto, F., & Sapag, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar?. *Revista Chilena de neuropsiquiatría*, 51(1), 46-60.
- Levy, R., & Goldman-Rakic, P. S. (2000), Segregation of working memory functions within the dorsolateral prefrontal cortex. *Experimental Brain Research*, 133, 23-32.
- López, M. (2011). Memoria de trabajo y aprendizaje: aportes de la neuropsicología. *Cuaderno de neuropsicología*, 5(1). 25-47.

- Lorenzo, J. R. (2001). Procesos cognitivos relacionados con la lectura. Segunda Parte: la memoria y su implicación en el rendimiento lector. *Interdisciplinaria*, 18(2), 115-134.
- Lozano, L. M., & Acosta R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Med*, 17(1), 87-94.
- Madre, M., Canales, E. J., Ortiz, J., Murru, A., Torrent, C., Bramon, E... Amann, B. L. (2016). Neuropsychological and neuroimaging underpinnings of schizoaffective disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 16-30.
- Marneros (2015). Trastorno esquizoafectivo: una realidad clínica y una controversia teórica. El desarrollo de un concepto. En. A. Benabarre (Ed.), *Trastornos Esquizoafectivos* (pp.1-17). España: Editorial Medica Panamericana.
- Nuechterlein K. H. & Green M. F. (2006). MATRICS Consensus Cognitive Battery Manual. MATRICS Assessment, Inc; Los Angeles, CA.
- Neuchterlein, H. N., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D., Cohen, J... Marder, S. R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: test selection, reliability, and validity. *Am J Psychiatry*, 165(2), 203-213.
- Obiols, J. E., & Vicens, J. (2003). Etiología y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 235-350.
- Ochoa, E. (2003), Abuso de Sustancias y tratamiento antipsicótico. *Colección Trabajos Distinguidos Serie Salud Mental*. 6(4). Recuperado de <http://www.siicsalud.com/td/smental/smental02n15011.htm>
- Ojeda, N., Peña, J., Segarra, R., Sánchez, P., Eguíluz, I., Elizagárrate, E... Ezcura, J. (2009). Neuropsicología de la esquizofrenia. En. *La predicción del diagnóstico de esquizofrenia. El rol de la neurocognición en el primer episodio de psicosis* (pp. 36-46). España: Deusto Publicaciones.
- Organización Mundial de la Salud (2016), *Esquizofrenia*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

- Oriolo, G., Muñio, G., Sancha, A., & Benabarre, A. (2015). Manifestaciones clínicas, evolución y pronóstico del trastorno esquizoafectivo. En A. Benabarre (Ed.), *Trastornos Esquizoafectivos* (pp.43-59). España: Editorial Medica Panamericana.
- Pardo, V. (2005), Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. I. Estudios Cognitivos en pacientes con esquizofrenia: puesta al día. *Revista psiquiátrica del Uruguay*, 69(1), 71-83.
- Parry, W. (2005). Esquizofrenia y psicosis infantil: una revisión histórica. En H. Renschmidt. (Ed.), *Esquizofrenia en niños y adolescentes* (pp. 25-34). España: Ariel psicología.
- Pedrejón, C., Varela-Bodenlle, E., & Araúxo, A. (2015). Diagnóstico diferencial y comorbido. En A. Benabarre (Ed.), *Trastornos Esquizoafectivos* (pp.29-42). España: Editorial Medica Panamericana.
- Pino, O., Guilera, G., Gómez, J., Najas, A., Rufián S., & Rojo E. (2014). Neurodevelopment or neurodegeneration: review of theories of schizophrenia. *Actas Españolas de psiquiatría*, 42(4), 185-195.
- Posininsky, H., & Schaumburg, C. (2004). La esquizofrenia. Lo que se debería saber sobre ella. En *¿Qué es la esquizofrenia?* (pp. 15-84). España: Herder.
- Rascón, M. L., & Alcántara, H. (2012). La familia como instrumento para reducir riesgos en la esquizofrenia. En M. Valencia (Comp.), *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia* (pp. 305-325). México: Herder.
- Robles, R., Páez, F., & González, J. (2012). Terapia cognitiva conductual para los trastornos psicóticos: fundamentos, evaluación y aplicación. En M. Valencia (Comp.), *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia* (pp. 331-354). México: Herder.
- Rogers, W. (2002). Atención y envejecimiento. En D. Park & N. Scharz (Eds.), *Envejecimiento Cognitivo* (pp. 59-75). España: Editorial Médica Panamericana.

- Saiz, J., De la Vega, D. C., & Sánchez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 235-254.
- Secretaria de Salud, (2016). *Aumenta el consumo de alcohol en jóvenes*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/aumenta-el-consumo-de-alcohol-entre-jovenes>
- Secretaria de salud, (2017). *En México más de un millón de personas padece esquizofrenia*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-mas-de-un-millon-de-personas-padece-esquizofrenia>
- Selma, H. (2008), Neuropsicología de la esquizofrenia. *Cuadernos de neuropsicología*, 2(2), 79-134.
- Tirapu-Usárroz, J., & Luna-Lario, P. (2008). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. En. J., Tirapu-Ustárroz, M., Ríos-Lagos & F Mestú (Coords). *Manual de neuropsicología* (221-256). España: Viguera editores.
- Tirapu-Ustárroz, J., & Muñoz-Céspedes, J. M. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 41(8), 475-484.
- Ulloa, R. E., Sauer, T. R., & Apiquian, R. (2011). Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. *Salud mental*, 34(5), 429-433.
- Van Rheenen, T. E., Bryce, S., Tan, E. J., Neill, E., Gurvich, C., Louise, S., & Rossell, S. L. (2016), Does cognitive performance map to categorical diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder? A discriminant functionsanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 192(2016), 109-115.
- Ventura, L. (2004). Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*, 5(2), 17-25
- Woolfolk, A. (2010). Perspectivas cognoscitivas de la memoria. En *Psicología Educativa* (pp. 236-243). México: Pearson Educación.

Zabala, A., & Panadés, R. (2014). Rehabilitación Cognitiva. En R. Segarra (Edit.), *Abordaje integral de las fases iniciales de las psicosis. Una revisión crítica* (pp. 160-174). España: Editorial Médica Panamericana.



ANEXO 1



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE”
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación neuropsicológica de pacientes con esquizofrenia, pacientes con trastorno esquizoafectivo y sujetos control: un estudio comparativo”

INVESTIGADORES RESPONSABLES. Dr. Raúl Escamilla Orozco, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”; Dra. C. Alejandra Mondragón Maya, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM; Dr. Ricardo Saracco Álvarez, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”

Se le ha pedido que participe en este estudio porque usted tiene diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, de acuerdo con su médico especialista del Instituto.

Su participación es **completamente voluntaria**. Lea la siguiente información y pregunte todo lo que no entienda o lo que le genere alguna duda.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es conocer las funciones mentales de pacientes con esquizofrenia y pacientes con trastorno esquizoafectivo, comparándola con sujetos sin patología mental. Para este fin, evaluaremos su atención y memoria, la forma en la que usted resuelve problemas y sus habilidades sociales, utilizando una prueba neuropsicológica.

PROCEDIMIENTO

Si usted acepta participar en el estudio y firma el consentimiento, le pediremos lo siguiente:

Recolección de datos demográficos y clínicos

Se le pedirá que nos brinde información personal, como su edad, estado civil, escolaridad, etc. Asimismo, se le formularán preguntas sobre su enfermedad: tiempo de diagnóstico, tratamiento, recaídas, etc.

Evaluación neuropsicológica

Usted se someterá a unas pruebas neuropsicológicas en las que tendrá que contestar usando lápiz y papel. Estas pruebas consisten en diferentes ejercicios que usted deberá resolver. La sesión de

evaluación durará alrededor de 1 hora y 30 minutos. Usted tendrá la oportunidad de descansar durante este periodo si es necesario.

POSIBLES RIESGOS O MALESTARES

Es posible que durante la aplicación de las pruebas usted se canse, se aburra o se sienta frustrado. En ese caso podrá descansar para continuar más tarde con el estudio.

PRIVACÍA Y CONFIDENCIALIDAD

Su identidad en el estudio y los resultados no serán informados a nadie sin su consentimiento previo. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en alguna reunión científica, la información que se proporcione no revelará su identidad.

PARTICIPACIÓN Y ABANDONO

Su participación en este estudio es voluntaria. Si en algún momento decide ya no continuar en el estudio, tiene derecho de abandonarlo. Esta decisión no tendrá ninguna repercusión en su relación con el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” o la UNAM.

COSTOS Y BENEFICIOS

Debido a que este estudio es un proyecto de investigación, no tendrá costo alguno. El beneficio directo por participar será conocer los resultados de su evaluación neuropsicológica.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Si usted tiene alguna duda o comentario acerca de este estudio, puede contactar al Dr. Raúl Escamilla Orozco al teléfono 41605254. En su defecto, puede acudir al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, Av. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Tlalpan. Módulo B.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

He leído la información arriba proporcionada. Me han brindado la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido contestadas satisfactoriamente, y me han dado una copia de esta forma.

AL FIRMAR ESTA FORMA, ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN EL ESTUDIO DESCRITO

Nombre y firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del investigador: _____ Fecha: _____

Testigo

Testigo

Nombre, firma y fecha

Nombre, firma y fecha