



---

Artículo Original

Necesidades de rehabilitación cognitiva en sujetos esquizofrénicos

Cognitive Rehabilitation Needs in Schizophrenic Subjects

Pedro Ernesto Millet Rodríguez<sup>a</sup>  , Carlos Joaquín Blanco Colunga<sup>b</sup> , José Luis Reyes Escalona<sup>b, c</sup> 

*a. Licenciado en Psicología. Hospital Psiquiátrico de la Habana “Comandante Dr. Bernabé Ordáz”. La Habana, Cuba.*

*b. Máster en Ciencias Psicológicas. Universidad de Oriente, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago de Cuba, Cuba.*

*c. Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín”. Santiago de Cuba, Cuba.*

**Recibido: 02/06/2018**

**Aceptado: 21/09/2018**

**Resumen**

**Introducción:** La esquizofrenia adquiere especial relevancia para la investigación científica. La esquizofrenia se encuentra particularizada por un deterioro progresivo de las funciones cognoscitivas dentro de su cuadro clínico, por lo que es necesario la realización de acciones de rehabilitación cognitiva.

**Objetivo:** Caracterizar las necesidades de rehabilitación cognitiva de personas diagnosticadas con esquizofrenia paranoide en Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín” de la provincia Santiago de Cuba.

**Método:** El presente trabajo se realizó entre septiembre del año 2015 hasta junio del 2016. Se hace uso de la metodología cualitativa y del método etnometodológico, lo que favorece el estudio de los fenómenos incorporados a los discursos de los sujetos y a sus acciones a través del análisis de su propia actividad.

**Resultados:** El proceso cognitivo que se encontraba afectado en todos los sujetos fue la memoria de



trabajo, que se concreta en diversos errores para evocar recuerdos y reconocer estímulos mostrados previamente. Asimismo, la relativa conservación del lenguaje fue la potencialidad en común, no se evidenciaron niveles adecuados de autonomía funcional, intereses, orientación salutogénica o redes de apoyo que pudiesen favorecer los procesos terapéuticos.

**Conclusiones:** Las necesidades de rehabilitación cognitiva de los sujetos esquizofrénicos estudiados sitúan como principal función deteriorada a la memoria de trabajo. La potencialidad que se erige como herramienta más favorable para la rehabilitación cognitiva es la conservación relativa del lenguaje, en cuanto a la comprensión, la fluidez verbal y la escritura.

**Palabras clave:** *Esquizofrenia, deterioro, potencialidad, rehabilitación, necesidades.*

### Abstract

**Introduction:** Schizophrenia acquires special relevance for scientific research. Schizophrenia is characterized by a progressive deterioration of cognitive functions within its clinical frame. Therefore, it is necessary to carry out cognitive rehabilitation actions.

**Objective:** Characterize the cognitive rehabilitation needs of people diagnosed with paranoid schizophrenia at Comandante Gustavo Machín Provincial Teaching Psychiatric Hospital in Santiago de Cuba province.

**Method:** This work was carried out from September 2015 to June 2016. Qualitative methodology and the ethno methodological method are used, which favors the study of the phenomena incorporated into the subjects' discourses and actions through the analysis of their own activity.

**Results:** The cognitive process affected in all the subjects was working memory, which is specified in various errors to evoke memories and recognize previously shown stimuli. Likewise, the relative preservation of language was the potentiality in common; adequate levels of functional autonomy, interests, salutogenic orientation or support networks that could favor therapeutic processes were not evidenced.

**Conclusions:** The cognitive rehabilitation needs of the schizophrenic subjects studied place working memory as the main impaired function. The potentiality that stands out as the most favorable tool for cognitive rehabilitation is the relative conservation of language, in terms of comprehension, verbal fluency and writing.

**Keywords:** *Schizophrenia, impairment, potentiality, rehabilitation, needs.*



## Introducción

Entre los trastornos mentales, la esquizofrenia adquiere especial relevancia para la investigación científica. Su aparición temprana –sobre la segunda década de la vida–, la no existencia de una causalidad debidamente descrita, el pronóstico desfavorable con que cuenta y la alta prevalencia de esta enfermedad, encontrada en alrededor del 1 % de la población mundial y el 1,2 % de la población cubana, han generado un amplio interés en torno a su estudio.<sup>(1,2,3,4,5)</sup> Ello se debe, además de ser de atención prioritaria de nuestro siglo, a la repercusión económica para los sectores de la salud y al hecho de ser uno de los trastornos más que discapacidades provoca.<sup>(1,3)</sup>

En el curso de esta enfermedad, además de la discapacidad funcional, se puede evidenciar un proceso de deterioro cognitivo, que hace que los usuarios sean merecedores de acciones de rehabilitación cognitiva. Asimismo, lo anterior compromete el desarrollo social, lo que, unido a los mitos existentes sobre la propia enfermedad, muchas veces hace que los sujetos se vean marginados y limitados sobremedida en su inserción en el medio.<sup>(2,4)</sup>

Estas alteraciones cognitivas se hallan mediadas por diversos factores, entre los que se encuentra el tratamiento farmacológico, que es reconocido como causante de daño a niveles neurológico y cognitivo. En este sentido, los antipsicóticos usados en la actualidad poseen como efecto a mediano o largo plazo la reducción del volumen y masa cerebral, lo que, a su vez, trae como consecuencia que disminuyan las capacidades del sujeto esquizofrénico y, por tanto, se vea acrecentado el curso crónico y degenerativo propio de la enfermedad.<sup>(5,6,7,8,9,10)</sup>

A esta postura definida como neurodegeneración, se le antepone las teorías del neurodesarrollo. Estas proponen que el deterioro cognitivo, más que encontrarse aparejado a incidencias propias del transcurso de la enfermedad, tiene una base anterior importante. Así, son descritas hipótesis que van desde las alteraciones a nivel de la corteza frontal hasta la alteración en el ectodermo, lo que compromete el adecuado desarrollo neurofisiológico del sujeto.<sup>(11)</sup>

Otra mirada en torno a los mediadores del deterioro cognitivo es la aportada por *Gabaldón* y otros,<sup>(8)</sup> quienes declaran que aquellas interacciones del sujeto con el medio, consideradas como estresores psicosociales, se podrían constituir como un factor de vulnerabilidad para la acentuación del deterioro cognitivo presente en individuos con enfermedades psiquiátricas crónicas, como es el caso de la esquizofrenia paranoide.



Por tanto, el deterioro cognitivo tiene carácter multideterminado, lo cual se traduce en que tiene solamente en su base al daño neurológico, sino, también en eventos paranormativos y en las propias condiciones e influencias del entorno en que se desarrolla el sujeto.

En la actualidad, varios autores defienden la idea de que el deterioro cognitivo debiera ser un criterio diagnóstico para la enfermedad, dándole así mayor relevancia al estudio de la rehabilitación cognitiva como dispositivo esencial en el tratamiento de la esquizofrenia.<sup>(6,7,8,12)</sup>

Aun así, el abordaje que se realiza para un adecuado tratamiento es reduccionista, debido a que se ha desarrollado sobre el postulado de la existencia solo del déficit, estudiando lo afectado, sin que se tomen en cuenta para esta rehabilitación las potencialidades del sujeto. De ahí que esta investigación atienda estas cualidades como necesidades de rehabilitación cognitiva, lo que incluiría no solo la perspectiva del déficit, sino también la de todos aquellos recursos con los que cuenta el sujeto y su ambiente y que optimizarían el proceso terapéutico.

En Santiago de Cuba, específicamente en el Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín”, la incidencia de esta enfermedad es significativamente alta, y al momento de desarrollarse la investigación se comportaba uno de los diagnósticos de mayor prevalencia entre las personas ingresadas en la institución. Un número importante de estos sujetos habían mostrado indicios de afectaciones a nivel cognitivo. Esto contrasta, sin embargo, con el limitado índice de publicaciones que se encuentran en nuestro contexto sobre la temática.

De ahí surgió la exigencia de abordar las necesidades de rehabilitación cognitiva de estos individuos, procurando alcanzar una primera impresión de los elementos que la definen. Por ello el objetivo de la investigación fue caracterizar las necesidades de rehabilitación cognitiva de personas diagnosticadas con esquizofrenia paranoide del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín” de la provincia Santiago de Cuba.

## Métodos

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Provincial Psiquiátrico Docente “Comandante Gustavo Machín”, situado en la provincia de Santiago de Cuba, desde septiembre del año 2015 hasta junio del 2016. La misma se sustenta en un diseño investigativo de tipo descriptivo, en tanto no pretende transformar ni explicar la realidad del objeto, sino comprender el comportamiento de las necesidades de rehabilitación cognitiva de sujetos esquizofrénicos –entendiendo que la esquizofrenia no solo supone el déficit, sino también los recursos para la gestión este déficit–. De este modo, aunque se emplearon



instrumentos que responden al paradigma cuantitativo, se privilegió al dato cualitativo, contextualizado; dándole relevancia a la entrevista en profundidad y a la observación participante realizada en el contexto real.

Para el desarrollo de la investigación se utilizó también el método etnometodológico, con una estrategia de diseño basada en el estudio de casos, lo que implicó un proceso de indagación, caracterizado por el examen detallado, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés.<sup>(14,15)</sup>

Durante la realización de la investigación se mantuvo un tipo de relación peculiar entre investigador e investigado, que tuvo como base la estancia prolongada en el campo y de la comunicación que se establece entre estos, lo cual garantizó el protagonismo de los casos investigados y la veracidad de los resultados. La selección de los casos se realizó de manera intencionada, procurando escoger a aquellos que resultaran pertinentes para el estudio y que cumplieran los siguientes criterios de la selección:

- Contar con el consentimiento por parte de sus representantes legales para su participación en el estudio.
- Encontrarse diagnosticados de esquizofrenia paranoide según criterios de la 4.ª edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*.<sup>(21)</sup>
- No presentar comorbilidad con otras enfermedades o afecciones que pudiesen estar relacionadas al deterioro cognitivo.
- No presentar intervenciones quirúrgicas, accidentes u otros eventos que pudiesen acelerar o acentuar el deterioro cognitivo propio de la enfermedad.
- Tener, al menos, 19 años de evolución del trastorno y no más de 30 años de diagnosticado.
- Encontrarse en el rango de edades comprendido entre los 45 y 55 años.
- Estar bajo criterio de compensación clínica.
- Ser considerado como ingreso de larga estadía.

La muestra estuvo conformada por 3 sujetos en total, que al momento del estudio tenían entre 50-53 años; oscilaban entre el noveno y duodécimo grado de escolaridad alcanzado; provenían de entornos urbanos y la causa de ser considerados de larga estadía era el abandono familiar. El tratamiento medicamentoso de estos consistía en el empleo de difenhidramina, nitrazepam y cloropromacina, esta última en sustitución del haloperidol. Todos estos sujetos se encontraban compensados clínicamente con adecuados criterios de



evolución, referidos tanto por las enfermeras como por el personal médico y el psicólogo del servicio, dando cuenta de su adecuado estado de salud físico.

La categoría “necesidades de rehabilitación cognitiva” que rige el estudio, surgió de la propia situación problemática y, ante la escasez de un constructo teórico que permitiese una perspectiva holística de los sujetos, fue conceptualizada por los autores como: la demanda de atención que expresa un sujeto esquizofrénico, dado su deterioro en distintas funciones cognitivas y sus potencialidades para el manejo del déficit, lo que facilita, en consecuencia, su equilibrio funcional, adaptación al medio y desarrollo personal.<sup>(18)</sup>

Los indicadores para el estudio de los casos y la aplicación de las técnicas fueron igualmente conceptualizados por los autores.<sup>(18)</sup>

### Indicadores de la categoría

- Deterioro cognitivo: acumulación de déficit cognitivo de manera progresiva, expresado en alteraciones de los procesos cognitivos.
  - Atención: percepción, concentración, selección de estímulos relevantes provenientes del medio e inhibición de estímulos irrelevantes.
  - Memoria de trabajo: codificación y recuperación de información verbal y visual en la memoria a corto plazo.
  - Funciones ejecutivas: procesos de planificación, secuenciación y toma de decisiones.
  - Pensamiento: razonamiento, enjuiciamiento, categorización y nominación.
  - Lenguaje: producto del pensamiento, capacidad de comprensión, expresión y fluidez verbal.
- Potencialidades del sujeto esquizofrénico: herramientas en el orden subjetivo y relacional que optimizan o favorecen el proceso de rehabilitación cognitiva. Entre ellas se encuentran:
  - Autonomía funcional: implica que el sujeto pueda desplazarse por sí mismo en el espacio, conserve determinados hábitos que le permitan desenvolverse en la vida diaria, al menos en sus aspectos básicos, como la manipulación de objetos, por ejemplo, y mantenga un nivel adecuado de salud física.
  - Procesos cognitivos relativamente conservados: funciones mentales que favorecen la apropiación de la realidad –por medio de la interacción con esta– y la adecuación del comportamiento a los requerimientos de la misma. Los procesos cognitivos conservados implican el funcionamiento



adecuado de la percepción, la memoria, la atención, las funciones ejecutivas, el pensamiento y el lenguaje.

- Orientación salutogénica: intención o el sentimiento de mejora continua; también comprendidas como aquellas posturas o manifestaciones que se encuentren orientadas a satisfacer las demandas de salud y adherencia a los tratamientos.
- Intereses: se expresan en la inclinación hacia un área determinada que puede ser usada a favor de comprometer al individuo con las tareas del entrenamiento cognitivo.
- Búsqueda de apoyos: se expresa en la posibilidad del individuo de gestionar redes de ayuda mediante el establecimiento de vínculos afectivos que, a su vez, posibiliten el tratamiento del déficit.

### Técnicas

Durante la realización del estudio se aplicaron varias técnicas de obtención de información, las cuales se resumen a continuación:

1. Batería neuropsicológica de Holguín: asume como objetivo evaluar el nivel de funcionamiento de los procesos cognitivos. Esta se estructura en escalas que miden las distintas funciones cognitivas –orientación, percepción, atención y concentración, memoria, pensamiento, lenguaje y funciones ejecutivas– y le otorga puntuaciones al sujeto evaluado en dependencia de la cantidad de respuestas correctas alcanzadas.
2. Entrevista clínica psiquiátrica: para explorar las esferas del individuo (relacional, afectiva y cognitiva) relevantes para el estudio, se hizo énfasis en argumentar los datos aportados por la técnica anterior. El objetivo de esta técnica fue profundizar en aquellos elementos que distinguen al deterioro cognitivo del sujeto esquizofrénico e indagar en las potencialidades que el mismo posee para la rehabilitación cognitiva, esto justifica el abordaje de las esferas afectiva y relacional.
3. Observación participante: fue realizada en todo momento del estudio, como una técnica que permitía enriquecer el análisis y profundizar en las potencialidades de los sujetos, en particular, en su autonomía funcional y habilidades generales, en su gestión de redes de apoyo y en el autocuidado de su salud. Las observaciones fueron registradas a través de un diario de campo.



## Procesamiento de la información

Los datos obtenidos en la aplicación de las técnicas, se procesaron mediante el análisis de contenido. Una vez recogidos, se procedió a la reducción de la información a través de procesos de categorización y codificación, asignando en cada caso la información que correspondía a la categoría y los indicadores construidos. Luego se procedió a segmentar los discursos y registros de campo en unidades de análisis, lo que permitió la interpretación de los implícitos presentes.

Para asegurar la validez de la investigación se utilizó la triangulación metodológica mediante el contraste de la información proveniente de distintas técnicas, lo que resultó particularmente visible en la relación entre la información recuperada en la entrevista y el comportamiento de los sujetos implicados en su actuar cotidiano. Se realizó, además, triangulación de investigadores, ya que se valoraron y construyeron las interpretaciones a partir del análisis que de los datos hicieran de manera independiente los investigadores.

## Cuestiones éticas

La presente investigación fue analizada y aprobada por el Comité de Ética de la institución sede, y de acuerdo a los principios deontológicos dispuestos en la Declaración de Helsinki, teniendo como constancia la carta emitida por la jefa del Departamento Docente y de Investigación. En el caso de los sujetos involucrados, a todos se les explicó las intenciones del estudio, las técnicas que serían realizadas y se les pidió el debido consentimiento de manera verbal.

En el contenido del artículo se emplean sobrenombres para la relatoría de los resultados, esto con el objetivo de asegurar el anonimato de los individuos, a la vez que se sostiene el valor de persona, procurando un trato digno, coherente con el paradigma de la ética personalista que se asume en la investigación.

## Resultados

### Sujeto 1

José, de 52 años de edad, fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide a los 19 años. Cursó estudios hasta el primer semestre de la licenciatura en Cultura Física, momento en el cual comienzan a aparecer los primeros síntomas de la enfermedad.

En lo referido al déficit cognitivo, en primer lugar, manifestaba alteraciones en el proceso de atención. Lo que se constata en la realización de las tareas, ya que presentaba dificultades en la concentración pues no lograba centrar su foco atencional en la ejecución, y ello impedía el éxito en las tareas atencionales.



La capacidad de inhibición de estímulos irrelevantes fue otra de las alteraciones observadas, que se denotó cuando el sujeto se encontraba realizando una actividad específica y comenzó a prestar mayor atención a los estímulos externos, dejando de hacer, incluso, la tarea propuesta; manifestaba de esa manera alteración además de la incapacidad de seleccionar los estímulos relevantes del entorno.

Por otro lado, la memoria de trabajo también se encontraba deteriorada, lo que se hizo evidente durante la realización de tareas que exigían de José la codificación de la información. En la aplicación de las pruebas el sujeto no logró mencionar la mayoría de los ítems de manera adecuada, lo que se corresponde con dificultades en la fijación del estímulo. De igual modo, el proceso de recuperación de información visual y verbal presentaba afectaciones. Resultado que se hizo visible en dos tareas que implicaban el recuerdo de imágenes y una serie de palabras de las cuales solo alcanzó a mencionar unas pocas, apareciendo además una serie de intrusiones y perseveraciones. A pesar de haberle ofrecido ayuda al sujeto para favorecer el recuerdo de los distintos ítems, aun así, no produjo resultados satisfactorios.

Las funciones ejecutivas también presentaron alteraciones, lo que se constata en el modo en que el sujeto estructuraba la acción. En la ejecución de las técnicas que implicaban una conducta estructurada, el sujeto procedía inmediatamente sin una estrategia previa, lo que denotaba la afectación de la capacidad de planificación. Asimismo, las capacidades de secuenciación y toma de decisiones se manifestaron alteradas, esto se constataba cuando el investigador le brindaba niveles de ayuda al sujeto recordándole la orden o señalándole posibles soluciones, ante lo cual el sujeto no lograba el éxito en la tarea.

En lo que respecta a las potencialidades, uno de los procesos cognitivos que se evidenció como relativamente conservado fue la percepción, lo que se visualizaba durante tareas de reproducción, en las que hizo un adecuado uso del espacio, así como de las proporciones entre figura presentada-figura realizada y la presentación de los distintos elementos que la componían.

Del mismo modo, el proceso del pensamiento se mostró relativamente conservado. El sujeto realizó tareas de razonamiento y enjuiciamiento como las de cálculo y simulación de acciones sencillas de la vida cotidiana, en las cuales alcanzó éxito. Asimismo, los procesos de categorización y nominación se evidenciaron relativamente conservados, específicamente, en la ejecución de tareas tales como la organización de ítems según características. Asimismo, en los aspectos relacionados con el lenguaje, tales como los procesos de comprensión y la fluidez verbal, también se encontraron relativamente conservados; lo que se comprobó en tareas donde debía interpretar algún contenido y en el propio discurso del sujeto, respectivamente.



Otra de las potencialidades se refería a sus intereses. El sujeto manifestó inclinación por la realización de tareas relacionadas a la actividad física, lo cual hacía destacar, a su vez, el nivel de autonomía funcional con que contaba: era capaz de desplazarse por sí mismo en el medio de forma adecuada, manipulaba correctamente determinados objetos que requieren incluso de habilidades de motricidad fina, como por ejemplo, el lápiz, lo cual comprobó con la aplicación de la técnica de escritura de tres oraciones, la caligrafía permitía, por su calidad, realizar la lectura.

## Sujeto 2

Tomás, de 53 años de edad, fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide a los 22 años. Cursó estudios hasta el duodécimo grado como Técnico Medio en Computación, repitió el tercer grado de la enseñanza primaria.

Con respecto al deterioro cognitivo de este, se evidenciaron alteraciones en la atención, lo que se constata primariamente en el déficit presente en la concentración; debido a ello al sujeto se le dificultaba la capacidad de establecer adecuados focos atencionales durante la ejecución de las tareas propuestas, lo que afectaba el éxito en su realización; así también los procesos de selección de estímulos relevantes e inhibición de estímulos irrelevantes, de la misma manera que le sucedía a José.

La percepción del espacio es otra de las funciones que se mostraban afectadas, lo que se evidenció en tareas de reproducción de figuras. El sujeto tendía a distorsionar algunos rasgos característicos de la forma, aunque respetaba básicamente el concepto general.

La memoria de trabajo era uno de los procesos cognitivos con mayor nivel de deterioro en Tomás. Frecuentemente el sujeto pedía que se le repitiera la orden o, en casos de tener que recordar un número de ítems, este no lograba el 50 %, lo cual se traduce en la alteración del proceso de codificación, específicamente en la dificultad para fijar el estímulo dado. Por tanto, el proceso de recuperación de la memoria presentaba afectaciones. En tareas en las que el usuario se le mencionaba una serie de letras o números que tuviese que recordar, en un primer momento no era capaz de fijar la información y le resultaba complejo evocarla.

El pensamiento se encontraba igualmente alterado, el razonamiento y el enjuiciamiento eran los de mayor afectación, mientras que, en segundo lugar, estuvieron la categorización y la nominación. Resultó evidente la incapacidad del sujeto para establecer juicios circunstanciales a partir de la inferencia, lo que se evidenció en la resolución de tareas complejas de cálculo o basadas en la lógica. Tomás fue capaz, aunque no completamente, de caracterizar en grupos y denominar características tanto del grupo como del objeto

particular con distintos niveles de ayuda, lo que afirma el deterioro leve de la categorización y la nominación.

Otras alteraciones se encontraban en las funciones ejecutivas y, particularmente, en los procesos de planificación y secuenciación. La modificación de elementos dentro de la estrategia planteada por el sujeto supuso conflictos para la ejecución de la misma tarea en circunstancias distintas. Se puede afirmar, entonces, que la toma de decisiones se encontraba alterada. En una de las tareas que debía cumplir, consistente en decidir la ropa adecuada según ocasión, empleando términos no muy complejos y propios de nuestro contexto, el sujeto se negó a responder luego de varios intentos, alegando que no sabía. Lo anterior respondía a la ejecución de tareas relacionadas a la generación de estrategia para responder a una demanda del medio.

Se evidenció una relativa conservación de los procesos de comprensión y fluidez del lenguaje, relacionados con sus potencialidades. Esto se comprobó en la interpretación de una historia corta o a través de una tarea en la que se le pidió que enunciara en menos de un minuto todas las palabras que le fueran posible y cuya letra inicial fuese la F, poniéndole como pauta que las mismas no se podían repetir ni ser nombres propios, en ambos casos obtuvo resultados exitosos.

La orientación salutogénica se puso de manifiesto en el discurso y comportamiento de Tomás, en donde el criterio de que la investigación estaba encaminada a su beneficio a largo plazo fue una de las razones por la cual accedió a participar. Se pudo observar, además, que este participa activamente en los procesos terapéuticos y responde adecuadamente ante acciones que estén dirigidas a satisfacer sus demandas de salud, lo que se traduce en la intención de lograr su mejoría.

### Sujeto 3

Antonio, de 50 años de edad, fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide a los 19 años. Cursó estudios hasta el duodécimo grado.

Con respecto al deterioro cognitivo de este sujeto, se evidenciaron alteraciones en la memoria de trabajo, producto de lo cual el sujeto no pudo acceder a la información necesaria para resolver con éxito las tareas propuestas. Las actividades requerían previamente codificación y, por tanto, fijación de la información, como, por ejemplo, el tachado de una letra o recordar imágenes de una serie que le había sido mostrada. Antonio mostró deterioro en el pensamiento, específicamente en las habilidades para el razonamiento y enjuiciamiento, y aunque pudiese valorarse una relativa conservación de estas debido a los resultados satisfactorios alcanzados en las tareas matemáticas propuestas, se entendió el deterioro teniendo en cuenta



que, para lograr los resultados fue necesario ayudarle repitiéndole la información y ofreciéndosele detalles para el análisis, elementos que, sumados al demorado tiempo de ejecución de la tarea, dan cuenta de un deterioro moderado de dichas funciones.

Otras de las funciones alteradas fueron la de categorización y nominación, que se evaluaron a partir de la realización de tareas de reconocimiento de objeto, en las que debía agrupar por categorías y grupos, y también fue necesario brindarle niveles de ayuda básicos.

Con respecto a las potencialidades, Antonio manifestaba relativamente conservada la función atencional. Se le pidió que tachara las letras P y tachó las A. Esto responde mejor al deterioro de la memoria de trabajo ya enunciado, que a dificultades atencionales. El tiempo de ejecución de la tarea –cuantitativamente superior– y el foco atencional logrado con la ejecución se tradujeron en la conservación relativa de la concentración. Además, estos resultados permiten hablar en los mismos términos de conservación sobre los procesos de inhibición y selección de información.

La percepción fue otro de los procesos relativamente conservados en Antonio. Esto se demostró en las tareas que implicaban la reproducción de una figura o la manipulación de objetos en un espacio dado, las cuales reflejaron que el individuo podía distinguir de manera adecuada entre profundidad, espacio y tamaño y establecía asociaciones pertinentes.

Antonio mostró capacidad para realizar sinopsis e interpretación de historias que implicaban la abstracción de información, lo que evidencia que los procesos de comprensión y fluidez del lenguaje estaban relativamente conservados.

En lo concerniente a las funciones ejecutivas, la resolución de tareas que implicaban cierta dificultad y los procesos de planificación, secuenciación y toma de decisiones, se vieron igualmente conservados de modo relativo. Antonio conseguía el objetivo con éxito luego de brindarle niveles de ayuda básicos, incluso frente a la complejización de la tarea de forma progresiva.

## Discusión

Los sujetos estudiados mostraron diversidad de afectaciones (cognitivas), que no parecen guardar relación a las similitudes de edad, comienzo de la enfermedad, nivel de escolaridad, medicamentos que consumían y condiciones de institucionalización no, factores estos de riesgo ante el deterioro cognitivo. Lo anterior coincide en cierta medida con los resultados de la investigación de *González* y otros, en la cual se hace referencia a estas variables como posibles factores de riesgo ante el deterioro cognitivo, y en la que no se encontró una relación significativa que sustentara tal afirmación.<sup>(5)</sup>



El único proceso cognitivo que se encuentra igualmente deficitario en todos los usuarios objeto de estudio fue la memoria de trabajo, caracterizada por dificultades en las estrategias de fijación –organización lógica de la información para aprehenderla– y recuperación, que se concretan en diversos errores para evocar recuerdos y reconocer estímulos mostrados previamente. Ello sucede tanto para información verbal como para imágenes. Esta alteración del proceso de memoria fue descrita por *Kraepelin*, en 1802, cuando refería que: “existe un característico y progresivo, pero no muy importante, deterioro de la memoria desde el inicio de la enfermedad”, aunque con posterioridad el propio *Kraepelin* reformulara su postulado.<sup>(9)</sup> Otros autores más contemporáneos también han descrito el déficit en la memoria de trabajo del sujeto esquizofrénico, alegando que el déficit consiste fundamentalmente en la disminución de las capacidades de evocación, lo que determina en gran parte el error en la realización de tareas experimentales y cotidianas.<sup>(9,18,19,20)</sup>

No obstante, las alteraciones en la atención que se muestran en dos de los sujetos, particularmente en la concentración, selección de estímulos relevantes e inhibición de los irrelevantes, pudieran contribuir a la imposibilidad de la fijación adecuada de la huella mnémica. Esta idea se apoya en la reformulación de *Kraepelin*, en la cual exponía que: “la memoria está comparativamente poco alterada”,<sup>(9)</sup> atribuyéndole la afectación en la memoria al déficit atencional.<sup>(9,17,18,20)</sup> En este sentido, se ha descrito que la dificultad radica en la discriminación de la información relevante y la accesorio, lo que trae consigo la disminución de las capacidades atencionales y dificulta el adecuado funcionamiento de los procesos cognoscitivos que de esta base dependen.<sup>(4,19,20)</sup>

Según *Galaverna* y otros<sup>(7)</sup> el déficit atencional en la esquizofrenia pudiese ser considerado como un marcador de vulnerabilidad a debutar con esta enfermedad, en la que comprometida la capacidad de mantener un foco atencional dirigido a una tarea específica. Existe, pues, coherencia con los resultados de la presente investigación, lo que ayuda a comprender que se tome de referencia como afección principal, ya que el proceso atencional, como lo comentan *Galaverna* y otros: “sirve como modulador y potenciador del funcionamiento de otros sistemas cognitivos [...], haciendo difícil aislar el rol de los déficits en la atención de problemas en estos otros sistemas”.<sup>(7)</sup>

Las afectaciones en el orden del pensamiento que se reflejan en dos de los sujetos responden fundamentalmente al razonamiento y enjuiciamiento, mientras que la nominación y categorización se muestran más conservadas. El pensamiento en la esquizofrenia adquiere un carácter desorganizado en los periodos prodrómicos y residuales de esta enfermedad, siendo comprendido desde el concepto de trastorno formal del pensamiento o pérdida de las asociaciones.<sup>(17,18,22)</sup>



La afectación de las funciones ejecutivas se ha encontrado en las capacidades de generar estrategias para recuperar información, la habilidad de razonamiento abstracto y la flexibilidad cognitiva. Sobre esta cuestión, *Muñoz-Céspedes* y otros<sup>(22)</sup> añaden que la afectación pudiese verse evidenciada en la dificultad que presentan estos sujetos para centrarse en una tarea y finalizarla sin un control ambiental externo, lo que es correspondiente, inclusive, con lo descrito como déficit en la atención, la presencia de un comportamiento rígido, perseverante, a veces con conductas estereotipadas, dificultades en el establecimiento de nuevos repertorios conductuales junto con una falta de capacidad para utilizar estrategias operativas y en las limitaciones en la productividad y la creatividad con falta de flexibilidad cognitiva presentes, elementos estos que no difieren de lo anteriormente expuesto como deterioro cognitivo.

Llama la atención que los dos usuarios con afectación de las funciones ejecutivas manifiestan también problemas en los mecanismos atencionales y de memoria, que constituyen procesos básicos respecto a tales funciones. El único sujeto que resolvió bien las tareas correspondientes a esta función, también tiene conservados relativamente los procesos atencionales. Lo que valida la afirmación de *Benedet*<sup>(20)</sup> de que: “la función principal del sistema de alerta es la de aumentar la disposición para recibir información y la rapidez del procesamiento”, haciendo alusión directa a la relación entre el sistema atencional con las funciones ejecutivas, incluyéndolo, así, en el complejo ajuste de la conciencia, capacidad limitada y el control por parte de los niveles superiores de cognición.

Respecto a las potencialidades con que cuentan estos individuos para responder al déficit, estas se ubican esencialmente en aquellos procesos mentales que están conservados relativamente, entre estos destaca el lenguaje, en el que los sujetos obtienen buenos resultados tanto en tareas de fluidez verbal como de comprensión y escritura. Ello se convierte en un recurso esencial para futuros entrenamientos cognitivos.<sup>(6)</sup>

En menor medida, la percepción básicamente adecuada de la realidad –cuando están compensados–, determinados intereses, cierta autonomía funcional y la orientación salutogénica se convierten, en algún caso en particular, en recursos que pueden ser empleados para abordar el déficit cognitivo. Lo que se ha constatado en la literatura a través del análisis de los distintos modelos de rehabilitación cognitiva, como es el caso de la terapia psicológica integrada, en cuyas sus prácticas se procura potenciar niveles de motivación y realización en actividades diarias, que devienen del propio proceso terapéutico y contribuyen, a su vez, a la atenuación de los síntomas y el enlentecimiento del progresivo deterioro.<sup>(8,12)</sup>

No es, sin embargo, la gestión de redes de apoyo una potencialidad que se haya podido encontrar en ninguno de las personas estudiadas. Lo que puede haber sucedido producto al abandono familiar, del cual



son víctima los tres individuos. Tal cuestión hace que se imposibilite una adecuada interacción social fuera del contexto hospitalario, espacio que pudiera potenciar habilidades sociales necesarias y favorecer de manera importante a la rehabilitación del sujeto. En este sentido, *Rebolledo* y otro<sup>(23)</sup>, reafirman la importancia del vínculo afectivo y las redes de apoyo al sujeto esquizofrénico como herramienta de prioridad para que el individuo no se vuelva ocioso, pierda objetivos e intereses de vida o simplemente no gestione eficazmente las demandas de la vida cotidiana.

En el caso de estas potencialidades, pese a que es escasa la presencia de estudios sobre el tema, sí se ha alcanzado a reconocer en algunos autores la defensa de la atención a aquellas. En este sentido, la toma en cuenta de dichas potencialidades en el desarrollo de acciones de intervención favorece en gran medida el tratamiento. *Benedet*<sup>(20)</sup>, reivindica la complejidad de atender el déficit sin conocer lo afectado, haciendo referencia a la esfera cognitiva. Esta autora hace mención a características muy similares a las encontradas por el presente estudio, lo que apoya la existencia de recursos conservados.

Asimismo, otros autores,<sup>(4,6,8,13,20)</sup> en una crítica a las teorías del déficit en la esquizofrenia, han expuesto cómo en algunos sujetos la autonomía funcional o la orientación salutogénica son claves de la efectividad de los procesos terapéuticos. Ejemplo de esto es la alternativa terapéutica Diálogo Abierto, la que basa su tratamiento en la articulación de técnicas individuales, grupales y de trabajo en red. Sus resultados avalan que aquellos sujetos que se encuentran más activos presentan menores índices de recaídas, así como mayores capacidades para gestionar la vida diaria de manera efectiva.<sup>(6)</sup>

En **conclusión**, las necesidades de rehabilitación cognitiva de los sujetos estudiados pueden describirse con respecto a los déficits cognitivos en el deterioro principalmente de las funciones de atención y memoria de trabajo, tanto en lo que se refiere a los procesos de fijación como en las estrategias de recuperación implicadas en el reconocimiento y el recuerdo. Desde las potencialidades para el manejo del déficit, se erige como herramienta más favorable para la rehabilitación cognitiva, la conservación relativa del lenguaje, en lo que respecta a la comprensión, la fluidez verbal y la escritura.

### Limitaciones del estudio

La breve población y el diseño metodológico del estudio trae consigo que los datos puedan no ser generalizables, aun así, el propio estudio es replicable y considerado como un punto de partida para futuras investigaciones sobre el tema.



### Referencias bibliográficas

1. Ahuir M, Bernardo M, de la Serna E, Ochoa S, Carlson J, Escartín G, *et al.* Adaptación y validación española de la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2009 [acceso: 10/03/2016]; 2(4):140-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-adaptacion-validacion-espanola-escala-pronostica-S1888989109732331>
2. Ladrón de Guevara J. La esquizofrenia y el cuerpo. Un estudio desde el Psicoanálisis de Orientación Lacaniana [Tesis de Lic. Psicología] Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2011.
3. González R. Clínica Psiquiátrica Básica Actual. La Habana: Editorial Félix Varela; 2006.
4. Vargas ML. Posibilidades de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. *Revista de Neurología* 2004 [acceso: 24/04/2016]; 38(5):473-8. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2003569>
5. González S, Felipe MA, Llanes Y, Oliva I, Moreno RM. Factores de riesgo del deterioro cognitivo en esquizofrénicos y en pacientes epilépticos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* 2014 [acceso: 12/03/2016]; 12(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%202/factores%20de%20riesgo.html>
6. Valverde MA. Una crítica a la teoría del déficit cognitivo de la esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2012 [acceso: 20/04/2016]; 32(115):521-45. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352012000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300006&lng=es)
7. Galaverna FS, Bueno AM, Morra CA. Perfil neurocognitivo en la esquizofrenia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 2011;11(2):103-13.
8. Gabaldón O, Ruiz M, Bilbao MA, Burguera JM, Alústiza A, Erkizia B, *et al.* Rehabilitación cognitiva en trastornos psiquiátricos graves: aplicación de los subprogramas cognitivos de la terapia psicológica integrada (IPT). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2010 [acceso: 30/04/2016]; 30(1):93-107. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352010000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100005&lng=es)
9. Espert R, Francisco J, Gadea M. Neuropsicología de la esquizofrenia. *Psicología Conductual* 1998 [acceso: 26/04/2016]; 6(1):29-48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2827024>
10. González I, Cáceres MC, Llerena A, Berezc R, Kiivet RA. Estudio de utilización de antipsicóticos en la esquizofrenia en hospitales de España, Estonia, Hungría y Cuba. *Revista del Hospital*



- Psiquiátrico de La Habana 2004 [acceso: 12/04/2016]; 1(2-3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0204/hph02204.htm>
11. Pino O, Guilera G, Nakas-García A, Rufián S, Rojo E. Neurodesarrollo o neurocognición: Revisión sobre las teorías de la esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2014 [acceso: 09/04/2019]; 42(4):185-95. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/90/ESP/16-90-ESP-185-195-505420.pdf>
  12. Roder V, Brenner HD, Kienzle N, Fuentes I. Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia. Granada: Alborán Editores; 2007.
  13. Lameda K, Rodríguez G. Funciones ejecutivas en un grupo de pacientes con esquizofrenia. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana 2013[acceso: 04/01/2014]; 10(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph2-2013/hph%2007213.html>
  14. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. La Habana: Editorial Félix Varela; 2008.
  15. Ruiz JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 2007.
  16. Pardo V. Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. Revista de Psiquiatría del Uruguay 2005 [acceso: 10/02/2016]; 69(1):71-83. Disponible en: [http://www.spu.org.uy/revista/jun2005/04\\_edm\\_02.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/jun2005/04_edm_02.pdf)
  17. María J, Colina F. Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. Frenia 2011 [acceso: 22 Febrero 2016]; 11:7-26. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16523>
  18. Millet P. Praxis profesional de enfermería y necesidades de rehabilitación cognitiva en pacientes esquizofrénicos [Tesis de Lic. Psicología]. Santiago de Cuba: Universidad de Oriente; 2016.
  19. Nieva ME. Esquizofrenia y déficit cognitivo. Sistematización de la práctica supervisada realizada en Casa Club Bien Estar: Universidad Nacional de Córdoba; 2010 [acceso: 15/01/2016] Disponible en: <http://www.fundacionrecuperar.org/tesis/tesis4.pdf>
  20. Benedet MJ. Neuropsicología cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación. Fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2002.
  21. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson, S. A.; 1995.



22. Muñoz-Céspedes JM, Tirapu-Ustárroz J. Rehabilitación de las funciones ejecutivas. Revista de Neurología 2004 [acceso: 17/02/2016]; 38(7):656-63. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2003411>
23. Rebolledo M, Lobato MA. Cómo afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. Madrid: Ediciones Aula Médica; 2005.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

### Contribución de autoría

- <sup>1.</sup> *Pedro Ernesto Millet Rodríguez*: idea original, revisión bibliográfica, diseño de la investigación, aplicación de las técnicas, procesamiento de la información y elaboración del informe.
- <sup>2.</sup> *Carlos Joaquín Blanco Colunga*: idea original, diseño de la investigación, procesamiento de la información y elaboración del informe.
- <sup>3.</sup> *José Luis Reyes Escalona*: idea original, aplicación de las técnicas, procesamiento de la información y elaboración del informe.

\*Todos los autores hemos leído, revisado y aprobado el manuscrito final.

