



Deterioro cognitivo en la esquizofrenia

Es conocido desde los inicios de las descripciones clínicas que la esquizofrenia suele cursar con afectación cognitiva. Autores clásicos de la psiquiatría como Emil Kraepelin, quien realizó las primeras grandes clasificaciones diagnósticas, ya observó en sus pacientes dificultades en la atención que les impedía seguir con eficiencia algunos estímulos de su alrededor. El psiquiatra suizo Eugen Bleuler, quien bautizó dicha entidad clínica como *esquizofrenia*, describió como síntoma nuclear la pérdida en la capacidad de asociar pensamientos de manera integrada.

A pesar que estas descripciones clínicas se realizaron a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, la dimensión cognitiva siempre ha quedado ensombrecida y silenciada por los síntomas más llamativos del trastorno que son los síntomas psicóticos. No obstante, a pesar de la aparatosidad social que un brote psicótico puede producir debido al estigma existente, no es tan limitante a nivel funcional como lo son los síntomas negativos y los déficits cognitivos. Además, el tratamiento farmacológico es muy efectivo para atenuar los síntomas psicóticos pero aún no resuelve los problemas cognitivos ni la sintomatología negativa.

Los síntomas negativos más habituales son el aplanamiento afectivo, la apatía, la falta de constancia, el abandono de la higiene personal, el aislamiento social y el lenguaje empobrecido. Este conjunto de síntomas junto a la dimensión cognitiva suponen una limitación en la autonomía e incrementan las dificultades en la adaptación social. Al parecer los síntomas negativos no estarían causados por los déficits cognitivos sino que serían aspectos relativamente independientes de la enfermedad.

No existe un único déficit cognitivo que sea propio del trastorno y que permita distinguirlo claramente. Más bien, las evaluaciones neuropsicológicas en pacientes con esquizofrenia muestran una amplia heterogeneidad de funciones cognitivas que pueden puntuar por debajo del rendimiento medio de la población general. Es conveniente resaltar que no

todos los pacientes con esquizofrenia presentarán déficits cognitivos pero si una amplia mayoría, alrededor de un 80 por cien de los diagnosticados. No todos ellos coincidirán en los mismos problemas, pero dentro de la amplia variabilidad que existe hay algunas funciones cognitivas en las que la mayor parte de afectados pueden presentar alguna dificultad como son la atención selectiva (aprender a focalizar nuestra atención en un solo estímulo) y sostenida (mantener la atención constante durante un periodo de tiempo). También presentan problemas con la memoria de trabajo que es la que nos permite almacenar temporalmente la información en nuestra mente y manipularla. Es frecuente también la presencia de déficits en las funciones ejecutivas que están implicadas en la flexibilidad, la planificación, seguir una secuencia ordenada, resolución de problemas y el pensamiento abstracto.

Frecuentemente se ha atribuido a los síntomas psicóticos como causantes del deterioro cognitivo, pero la realidad nos muestra que los déficits cognitivos suelen estar presentes antes de la aparición del primer brote psicótico. Los trastornos de la atención y de la memoria de trabajo suelen anteceder el inicio de la psicosis. Aunque algunos estudios indican que la repetición de episodios psicóticos podría agravar los problemas cognitivos preexistentes.

Actualmente existen múltiples programas de rehabilitación cognitiva que permiten mejorar las funciones cognitivas más afectadas y consecuentemente obtener un beneficio en la integración social.

Xavi Alonso Ribas
Psicólogo de Afammca-Acfames

Barcelona, Septiembre 2016