

# DIFERENCIAS EN EL PERFIL GNOSICO Y PRÁXICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA DE CORTA Y LARGA EVOLUCIÓN

Laura Paez Vargas<sup>1</sup>

Leidy Pretel Serpa<sup>2</sup>

Ana Bernal Jiménez<sup>3</sup>

## Problema de investigación

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2016) y aunque puede clasificarse en diferentes tipos de acuerdo a los síntomas que la acompañen y al curso de la misma, se ha demostrado que genera diferentes niveles de deterioro funcionales y cognitivos, involucrando procesos mentales superiores como las gnosis y las praxias (Mejía, 2008).

Por ello, esta investigación va encaminada a utilizar diferentes test neuropsicológicos que otorguen información sobre el perfil gnosis y práctico de pacientes en distintas fases temporales del trastorno esquizofrénico visualizando así aportes que puedan brindar oportunidades o mejoras en la calidad de vida de la persona.

## Enfoque teórico

El DSM V define la esquizofrenia como una enfermedad mental en la que se presentan al menos dos de los siguientes síntomas durante un período de un mes: delirios, alucinaciones, discurso o comportamiento desorganizado y síntomas negativos, con un deterioro en el nivel de funcionamiento previo (American Psychiatric Association, 2013). Por su parte, el National Collaborating Centre for Mental Health (2009) reafirma que la esquizofrenia se caracteriza por un deterioro en el funcionamiento personal y agrega que entre las dificultades presentes se pueden evidenciar problemas de memoria, y concentración, aislamiento social, comportamiento inusual, comunicación perturbada, ideas extrañas, experiencias perceptivas, y reducción del interés

---

<sup>1</sup> Corporación Universitaria Uniminuto, semillero sinapsis - sede Bosa, correo: [lpaezvargas@uniminuto.edu.co](mailto:lpaezvargas@uniminuto.edu.co), celular 3219681337

<sup>2</sup> Corporación Universitaria Uniminuto, semillero sinapsis - sede Bosa, correo: [lpreteltser@uniminuto.edu.co](mailto:lpreteltser@uniminuto.edu.co) celular 3142809697

<sup>3</sup> Docente de psicología, Magister en Neuropsicología Clínica, Corporación Universitaria Uniminuto, semillero sinapsis - sede Bosa, correo: [abernaljime@uniminuto.edu.co](mailto:abernaljime@uniminuto.edu.co), celular: 3123092136

o motivación para las actividades diarias explicando que cada uno de estos cambios afectan la capacidad del individuo para mantener su trabajo, su estudio o en general, sus relaciones con las personas que lo rodean.

Las causas de la esquizofrenia son desconocidas, hoy día una de las teorías más cercanas sobre la etimología de este trastorno es la alteración en el desarrollo del sistema nervioso central en donde se puede encontrar como causa dos variables: ambiental y genética. En lo ambiental pueden aparecer factores como lo son infecciones, malnutrición prenatal, complicaciones durante el parto entre otros (Aguilar, 2011), por otro lado, la prevalencia genética es una de las causas que se han corroborado en últimas investigaciones, tomando como causante principal las alteraciones genómicas (Purcell et al., 2009; Shi et al., 2009; Stefansson et al., 2009 citados por Aguilar, 2011).

Desde la parte neuronal, Pardo (2005) menciona que cuando los pacientes con esquizofrenia realizan tareas que activan la corteza frontal muestran un incremento menor de su flujo sanguíneo cerebral y de su metabolismo de la glucosa; La disfunción más significativa se da en la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL). La hipoactivación de la CPFDL ha sido asociada al síndrome de pobreza psicomotora (pobreza del lenguaje, aplanamiento afectivo y retardo motor), equivalente al conjunto de síntomas negativos. (Liddle PF, 1999, citado por Pardo 2005).

La anterior explicación frente a la etiología de esta enfermedad tiene relación con el hecho de que en la esquizofrenia también se ven afectados procesos cognitivos como las praxias (responsable de la capacidad de realizar movimientos intencionados, con una finalidad según Ardila y Ostrosky, 2012) y las gnosias (capacidad de reconocimiento sensorio-perceptivo, es decir la capacidad de interpretar la información captada por los sentidos según Azcoaga, 1983).

En 1998, Espert, Navarro, & Gadea realizaron un estudio en el que según el juicio clínico uno de los patrones en los cuales se ven afectados estos pacientes se compone de un deterioro mnésico inespecífico, alteraciones atencionales, alteraciones práxicas y déficits en las funciones ejecutivas, que incluyen pobreza en la habilidad para planificar, alteración del juicio social, falta de iniciativa y anhedonia. Vale la pena resaltar de este trabajo su investigación en los trastornos práxicos, en donde afirma que según la literatura y estudios hechos por autores como Manschreck, Maher y Rucklos (1982, citados por 1998, Espert, Navarro, & Gadea, 1998) existe una alteración notoria identificada principalmente con la torpeza y dificultad en movimientos espontáneos de las praxias y tareas motoras, que puede ser una posible disfunción cortical.

Así mismo, estudios como el realizado por Servat, Lehmann, Harari, Gajardo, y Eva (2005), concluyen que en los pacientes con esquizofrenia hay funciones que se mantienen conservadas (como el nivel intelectual) pero también hay un grupo de funciones que se muestran alteradas en relación con el grupo control, como por ejemplo las funciones viso perceptivas exploradas mediante el test de Benton (relacionadas con la percepción visual, memoria visual y habilidad constructiva y siendo las más alteradas), la capacidad de búsqueda visual, la flexibilidad mental y la función motora.

Es importante destacar que aun cuando la esquizofrenia no tiene cura, es tratable y se ha encontrado que la farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces para controlar los síntomas y en estas se basa el tratamiento de dicha patología (OMS, 2016), pero en la actualidad es importante integrar aspectos que subyacen al correlato anatómico de esta enfermedad dentro de los tratamientos, por ello la importancia de poder ampliar la exploración frente a las funciones cognitivas de estos pacientes y sus cambios a lo largo del tiempo.

## Metodología

El presente es un estudio de tipo descriptivo comparativo de corte transversal puesto que no se busca manipular variables sino caracterizar y comparar un fenómeno en un grupo poblacional con dos características diferentes (corta y larga evolución de la enfermedad) mediante la recolección de datos en un solo momento. La población provendrá de pacientes entre 18 y 60 años diagnosticados con trastorno esquizofrénico con diferentes avances de esta psicopatología, que tengan un nivel de escolaridad superior a la primaria, que se encuentren con estabilidad sintomática y con una adherencia a los controles de psiquiatría de la clínica Nuestra Señora de la Paz. Durante una primera fase se realizara la construcción teórica del proyecto, se comparte la propuesta con la institución de salud mental donde se lleva a cabo la investigación y se procede a la revisión de las bases de datos. Durante la segunda fase se convoca a los pacientes, se diligencia el consentimiento informado y se procede a la evaluación neuropsicológica de las gnosias y las praxias y durante la tercera fase se analizan los resultados. Para ello cuenta con los instrumentos de del Test de Benton, la figura de Rey, las praxias corporales y el método de evaluación de la percepción visual de Frostig.

## Hallazgos o contribuciones

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta un altísimo número de personas y que genera un gran impacto en la calidad de vida de quien la padece, en la familia de quien lo acompaña, en la sociedad y en el mismo sistema de salud ya que es una patología que tiende a ser crónica y a generar un alto número de recaídas en los quienes la tienen (Zaraza y Hernández, 2016).

Además de todas estas consecuencias, se han encontrado diversas afectaciones cognitivas relacionadas, entre las que se han descrito alteraciones en memoria, atención, praxias, gnosias y funciones ejecutivas. Pero recientes investigaciones como la realizada por Servat, Lehmann, Harari, Gajardo, y Eva (2005) ponen de manifiesto que algunas de las mayores afectaciones tienden a estar relacionadas con la percepción visual (gnosias), memoria visual y habilidad constructiva (praxias).

Por ello, si se logra ampliar la exploración frente al deterioro del perfil gnóstico y prático en los pacientes esquizofrénicos con relación al tiempo de evolución de la enfermedad, se puede llegar a plantear a futuro una guía para tratamiento y diagnóstico de los especialistas.

## Conclusiones

Cuando se habla de esquizofrenia tiende a ponerse especial énfasis en los síntomas más evidentes referente a los delirios y alucinaciones, sin embargo con base a los estudios realizados y los referentes teóricos de la esquizofrenia se puede concluir que el deterioro funcional que los suele acompañar, tiene su fuente de inicio en la afectación de algunos procesos cognitivos, entre ellos las funciones prácticas y gnósticas, de los cuales la escala de afectación varía según el caso pues se deben tener en cuenta factores como el tipo de esquizofrenia que padece el paciente, los años que lleva con la enfermedad, si ha tenido otro tipo de lesión o problema como derrames cerebrales, si sufre algún otro tipo de patología comórbida y el tipo de tratamientos que utiliza.

Con la primera fase de este estudio se logró identificar el tipo de afectaciones cognitivas que se han estudiado y centrar la atención en funciones que son de gran importancia pero que no han sido tan exploradas, y se pretende continuar con una segunda y tercera fase en la que se evaluará el perfil gnóstico y práctico de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con diferentes niveles de evolución de la enfermedad de una clínica psiquiátrica de Bogotá, esto con el fin de aportar a la construcción de la evidencia y poder brindar material que facilite el diseño de programas de intervención para esta población.

## PONENCIA

“Diferencias en el perfil gnóstico y práctico de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de corta y larga evolución”.

El objetivo principal de este proyecto ha sido poder contrastar las diferencias en el perfil gnóstico y práctico de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de corta y larga duración mediante un diseño de tipo descriptivo comparativo de corte transversal puesto que no se busca la manipulación de variables si no la caracterización y comparación de un fenómeno en el grupo poblacional mediante la recolección de datos en un solo momento.

Este estudio consta de tres fases, la primera de ellas es la que estamos presentando actualmente, en la que se realizó la construcción teórica del proyecto y se compartió la propuesta con la institución de salud mental en donde se llevará a cabo la investigación.

En la segunda fase, después de revisar las bases de datos, se convocará a los pacientes seleccionados haciendo la firma del consentimiento informado procediendo a la evaluación neuropsicológica de las gnosis y praxias teniendo en cuenta los siguientes instrumentos: Test de Benton, la figura de Rey, Praxias corporales y el método de evaluación de la percepción visual de Frostig.

En la tercera fase se procederá a la realización de resultados y creación de conclusiones y hallazgos.

En la actualidad estamos iniciando la segunda fase del proyecto pero queremos compartir con ustedes los principales hallazgos del primer momento de la investigación

Para ello, iniciaremos contandoles que en el año 2016 la OMS mencionó que la esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Por su parte, el DSM V (2013) define esta patología como un enfermedad mental en la cual se presentan al menos dos de los siguientes síntomas en un periodo de un mes: delirios, alucinaciones, discurso o comportamiento desorganizado y síntomas negativos, trayendo consigo un deterioro en el funcionamiento personal además de cambios en los procesos cognitivos que generan como consecuencia afectaciones en la capacidad de la persona para mantener su trabajo, estudio o relaciones interpersonales.

Sus causas son desconocidas aunque hay teorías que nos pueden acercar a la etimología del trastorno, como lo son alteraciones en el sistema nervioso central que se rigen por dos variables ambiental como lo son la malnutrición prenatal o infecciones nosocomiales y la prevalencia genética, siendo está una de las causas que más en las que más interés se ha mostrado en las más recientes investigaciones.

En cuanto a las explicaciones neurológicas que se han asociado a esta enfermedad, Pardo (2005) realizó diferentes estudios que mostraban una notable disminución en el flujo sanguíneo cerebral y en su metabolismo de la glucosa a nivel del lóbulo frontal, teniendo la disfunción más significativa que se da en la corteza prefrontal dorsolateral. Esta hipoactivación se asocia al síndrome de la pobreza psicomotora entre ellas el lenguaje, planeamiento y retardo motor.

De esta manera, han sido múltiples las investigaciones que se han realizado en torno a las secuelas cognitivas asociadas a esta patología mental y entre los hallazgos más significativos se han descrito cambios a nivel de memoria (especialmente visual), funciones ejecutivas, las praxias y las gnosias, mostrando dificultades especialmente relevantes en estos dos últimos procesos (Mejía, 2008).

Es así que Martínez comenta que la praxia es una función psicológica superior responsable de la capacidad de realizar movimientos intencionados, con una finalidad. Son acciones voluntarias ejercidas en el medio de nuestro cuerpo e implican una articulación del conocimiento con la capacidad de hacer en el conjunto: saber – hacer. Estas se dividen en: Constructiva, Ideomotora, Ideatoria y faciales y se adquieren mediante un entrenamiento incidental o sistemático.

Por otro lado, Azcoaga define las gnosias como la capacidad de reconocimiento sensorial, siendo esta una función cerebral superior que sirve para procesos de aprendizaje de nuestro medio, es decir la capacidad de interpretar la información captada por los sentidos. Su clasificación es: Gnosias visuales, gnosias auditivas, gnosias táctiles, gnosias olfativas, gnosias gustativas y esquema corporal. Por su parte las alteraciones de estas funciones son llamadas apraxias y agnosias respectivamente.

Con base en lo anterior se resalta que la esquizofrenia es una enfermedad que afecta un altísimo número de personas y que genera un gran impacto en la calidad de vida de quien la padece, en la familia de quien lo acompaña, en la sociedad y en el mismo sistema de salud ya que es una patología que tiende a ser crónica y a generar un alto número de recaídas en los quienes la tienen (Zaraza y Hernández, 2016).

Además de todas estas consecuencias, se han encontrado diversas afectaciones cognitivas relacionadas, entre las que se han descrito alteraciones en memoria, atención, praxias, gnosias y funciones ejecutivas. Pero recientes investigaciones como la realizada por Servat, Lehmann, Harari, Gajardo, y Eva (2005) ponen de manifiesto que algunas de las mayores afectaciones tienden a estar relacionadas con la percepción visual (gnosias), memoria visual y habilidad constructiva (praxias).

Es importante resaltar que aunque la esquizofrenia no tiene cura, es tratable y se ha encontrado que la farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces para controlar los síntomas y en estas se basa el tratamiento de dicha patología (OMS, 2016). Por ello, si se logra ampliar la exploración frente al deterioro del perfil gnóstico y práxico en los pacientes esquizofrénicos con relación al tiempo de evolución de la enfermedad, se puede llegar a plantear a futuro una guía para tratamiento y diagnóstico de los especialistas además de otorgar aportes que puedan brindar oportunidades o mejoras en la calidad de vida de estas personas.

Todo lo anterior permite concluir que cuando se habla de esquizofrenia tiende a ponerse especial énfasis en los síntomas más evidentes referente a los delirios y alucinaciones, sin embargo con base a los estudios realizados y los referentes teóricos de la esquizofrenia se puede concluir que el deterioro funcional que los suele acompañar, tiene su fuente de inicio en la afectación de algunos procesos cognitivos, entre ellos las funciones prácticas y gnósticas, de los cuales la escala de afectación varía según el caso pues se deben tener en cuenta factores como el tipo de esquizofrenia que padece el paciente, los años que lleva con la enfermedad, si ha tenido otro tipo de lesión o

problema como derrames cerebrales, si sufre algún otro tipo de patología y el tipo de tratamientos que utiliza.

## Bibliografía

Aguilar, A. (2011). Identificación de factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia. *Acta biol. Colomb*, 16, (3), pp 129-38.

American Psychiatric Association (2013). *DSM V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson

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

Ardila, A. y Ostrosky, F. (2012). Guía para el diagnóstico neuropsicológico. Recuperado en octubre de 2016. Disponible en: [http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv\\_guia\\_para\\_el\\_diagnostico\\_neuropsicologico.pdf](http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf)

Azcoaga, J. (1983). *Investigación de las Funciones Cerebrales Superiores*. Diagnóstico psicológico y psiquiátrico. Buenos Aires: Helguero Editores.

National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care*. Recuperado en Noviembre de 2016. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20704054>

Espert, J., Navarro, J. & Gadea, M. (1998). Neuropsicología en la esquizofrenia. *Psicología conductual*, 9 (1), pp 29-48.

Hernández, S. Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill

Mejía, C. (2008). *Pérdida del mundo real*. Recuperado en Noviembre de 2016. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/373371037?accountid=48797>

Organización mundial de la salud. (2016). *Esquizofrenia: Centro de prensa OMS. Nota descriptiva N°397*. Recuperado en Enero de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/es/>

Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *RevPsiquiatrUrug*, 69 (1), pp 71-83.

Servat, M., Lehmann, Y., Harari, K., Gajardo, L. y Eva, P. (2005). Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43 (3), pp 210-216

Zaraza, D. & Hernandez, D. *Ciência&SaúdeColetiva*. Recuperado en marzo de 2017. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802607&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000802607&script=sci_abstract&tIng=es)