



UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO
Facultad de Ciencias de la Rehabilitación
Escuela de Fonoaudiología

**PERFIL COGNITIVO LINGÜÍSTICO EN USUARIOS CON DIAGNÓSTICO
ESQUIZOFRENIA**

TESIS DE PREGRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE FONOAUDIÓLOGO

Autores:

Daniela Paz Alarcón Bozan, Natalie Camila Dollenz Maldonado, David Alejandro Morales Zepeda,

Anais Betzabe Pando Brown

Profesor tutor: María Catalina Roldán Pizarro.

Santiago de Chile, 2017

Agradecimiento

Primero que todo, queremos agradecer a nuestra tutora fonoaudióloga Maria Catalina Roldan Pizarro, por su paciencia y ayuda que nos brindó durante todo el desarrollo de esta tesis.

A nuestras familias, que nos han apoyado en este largo proceso de estudios desde que ingresamos a la universidad, siempre creyendo en cada uno de nosotros, motivandonos día a día, por lo que son parte primordial de nuestros logros.

También a nuestros amigos que siempre de alguna u otra manera nos ayudaron y motivaron sin ningun interes de por medio.

Finalmente, agradecemos a cada uno de los usuarios que colaboraron en esta evaluación, ya que sin ellos esto no se podría haber llevado a cabo.

Índice

	Página
Resumen	9
Introducción	11
Justificación y viabilidad	12
Pregunta de Investigación	13
Objetivos de Investigación	13
Capítulo I: Marco Teórico	14
1.1 Antecedentes de la Investigación	14
1.2 Salud	14
1.3 Salud Mental	14
1.4 Alteración Mental o Enfermedad Mental	14
1.5 Esquizofrenia	15
1.5.1 Historia	15
1.5.2 Definición	15
1.5.3 Etiología	16
1.5.4 Clasificación	17
1.5.5 Neuroanatomía	18
1.5.6 Medicación	19
1.5.7 Criterios Diagnósticos	19
1.6 Trastorno Cognitivo Comunicativo	21
1.7 Neuropsicología	21
1.7.1 Funciones cognitivas	21

1.7.1.1 Orientación	22
1.7.1.2 Atención	22
1.7.1.3 Memoria	22
1.7.1.4 Funciones Ejecutivas	23
1.7.1.5 Funciones Visoespaciales	24
1.7.1.6 Lenguaje	24
1.7.1.7 Pensamiento	25
Capítulo II: Estado del Arte	26
2.1 ‘‘Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la Esquizofrenia’’	26
2.2 ‘‘ Disturbed communication in Schizophrenia: the sale of por pragmatics and poor mind – reading’’	26
2.3 ‘‘Habilidades de comunicación en jóvenes con Esquizofrenia’’	27
2.4 ‘‘Social/Communication Skills, Cognition, and Vocational Functioning in Schizophrenia ‘‘	28
2.5 ‘‘Los trastornos cognitivos de la Esquizofrenia’’	29
2.6 ‘‘How specific are negative symptoms and cognitive impairment in Schizophrenia’’	30
2.7 ‘‘Detección temprana de la Esquizofrenia en alumnos de secundaria’’	31
2.8 ‘‘ Papel del Fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central’’	32
Capítulo III: Metodología	34
3.1 Fundamento de la elección del diseño metodológico	34
3.1.1 Enfoque de la investigación	34
3.1.3 Tipo de investigación	34

3.1.4 Diseño de la investigación	34
3.1.5 Alcance de la Investigación	34
3.2 Definición conceptual de las variables	35
3.3 Definición operacional de las variables	38
3.4 Sujetos	43
3.4.1 Población objetivo de estudio	43
3.4.2 Muestra	44
3.4.3 Tipo de muestra	44
3.4.4 Procedimientos	44
3.4.5 Instrumentos	44
3.4.5.1 Evaluación cognitiva Montreal (MoCA)	45
3.4.5.2 Evaluación cognitiva lingüística. Rafael González	45
3.5 Plan de análisis de datos	45
3.6 Consideraciones éticas	45
3.7 Consentimiento informado	97
Capítulo IV: Resultados	47
4.1 Perfil Cognitivo en usuarios con Esquizofrenia de sexo Masculino	49
4.2 Perfil Cognitivo en usuarios con Esquizofrenia de sexo Femenino	54
4.3 Perfil Cognitivo en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos	59
4.4 Perfil Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino	64
4.5 Perfil Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo Femenino	68
4.6 Perfil Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos	72

Capítulo V: Discusión	77
Conclusión	77
Resumen de resultados	78
Límites y Alcances de la Investigación	79
Recomendaciones y Sugerencias.	80
Bibliografía	81
Anexos	84
Anexo 1: Test de MoCa	84
Anexo 2: Protocolo cognitivo Lingüístico Rafael González	85
Anexo 3: Consentimiento Informado	92
Anexo 4: Tabla General de Resultados, Test de MoCa	93

Índice de Gráficos y Figuras

	Página
Tabla N°1: Puntaje máximo para cada ítem en Test de MoCa	48
Tabla N°2: Resumen resultados evaluación cognitiva MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino	49
Tabla N°3: Resumen resultados evaluación cognitiva MoCa en usuarios de sexo femenino	54

Tabla N°4: Resumen resultados evaluación cognitiva MoCa en usuarios de ambos sexos	59
Tabla N°5: Resumen resultados evaluación lingüística MoCa en usuarios de sexo masculino	64
Tabla N°6: Resumen resultados evaluación lingüística MoCa en usuarias de sexo femenino	68
Tabla N°7: Resumen resultados evaluación lingüística MoCa en ambos sexos	72
Gráfico N°1: Resumen de resultados del ítem de atención con Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino	49
Gráfico N°2: Resumen de resultados de primera pregunta de Orientación de condición con Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino	50
Gráfico N°3: Resumen de resultados de la segunda pregunta de Orientación de condición con Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino	51
Gráfico N°4: Resumen de resultados en el ítem de Funciones ejecutivas en Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino	52
Gráfico N°5: Resultados de ítem de memoria diferida obtenido de Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino	53
Gráfico N°6: Resumen de resultados del ítem de atención con test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia de sexo femenino	54
Gráfico N°7: Resumen de resultados de primera pregunta de Orientación de condición con Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo femenino	55
Gráfico N°8: Resumen de resultados de la segunda pregunta de Orientación de condición con Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo femenino	56

Gráfico N°9: Resumen de resultados en el ítem de Funciones ejecutivas en Test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia de sexo Femenino	57
Gráfico N°10: Resultados de ítem de memoria diferida obtenido de Test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia de sexo femenino	58
Gráfico N°11: Resultados de ítem de atención obtenido de Test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia de ambos sexos	59
Gráfico N°12: Resultados en ítem de atención comparando cada sexo, obtenido de Test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia	60
Gráfico N°13: Resultados primera pregunta de Orientación en condición obtenido de Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos	61
Gráfico N°14: Resultados segunda pregunta de Orientación en condición obtenido de Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos	61
Gráfico N°15: Resultados de Funciones Ejecutivas con Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos	62
Gráfico N°16: Resultados de Memoria Diferida obtenido de Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos	63
Gráfico N°17: Resultados en Denominación obtenido de Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino	65
Gráfico N°18: Resultados en ítem de Repetición obtenido de Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino	66
Gráfico N°19: Resultados en ítem de Abstracción obtenido de Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino	67
Gráfico N°20: Resultados de Denominación en Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo femenino	69
Gráfico N°21: Resultados de Repetición en Test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia de sexo femenino	70

Gráfico N°22: Resultados de Capacidad de Abstracción en Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo femenino	71
Gráfico N°23: Resultados de Denominación en Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos	73
Gráfico N°24: Resultados de Denominación en Test de MoCa comparando ambos sexos	74
Gráfico N°25: Resultados de Repetición en Test de MoCa en ambos sexos	74
Gráfico N°26: Resultados de Capacidad de abstracción en test de MoCa y Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios de ambos sexos	75

Resumen

La Esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico que causa discapacidad en los usuarios que la padecen, afectando el desarrollo psicológico, social, educacional y/o laboral de cada quién que sufre esta enfermedad. Objetivo: Determinar el perfil cognitivo-lingüístico de personas con diagnóstico de esquizofrenia. Metodología: El estudio se llevó a cabo en las dependencias de la fundación Rostros Nuevos y el Hogar de Cristo, de la comuna de Estación Central, Santiago de Chile. Se realizó el estudio de los perfiles cognitivo-lingüístico de personas con esquizofrenia las cuales sumaron un total de 30 sujetos de los cuales el 60% fueron mujeres y el 40% hombres. Se estudiaron variables cognitivas y lingüísticas a través de las pruebas del Test de MoCa y el Protocolo cognitivo Lingüístico de Rafael González. La muestra fue no probabilística por conveniencia. Resultados: Las variables observadas a nivel cognitivo fueron atención, funciones ejecutivas, memoria y orientación. A nivel lingüístico fueron denominación, repetición, comprensión verbal, lectura oral, escritura, discurso, abstracción verbal, absurdos verbales, resolución de problemas y raciocinio. De forma general se observaron dificultades significativas en habilidades cognitivas de atención a través de las tareas de cálculo básico. La memoria diferida es otra variable que mostró estar considerablemente reducida afectando igualmente a ambos sexos al igual que en habilidades de visuopercepción en copia tridimensional. En tareas de planificación y fluidez verbal también se encontraron rendimientos muy reducidos, al igual que en ítems de memoria de trabajo, todas habilidades que mostraron rendimientos deficientes en ambos sexos. Las variables lingüísticas demostraron un comportamiento más regular pero de igual forma las habilidades de resolución de problemas y raciocinio demostraron déficit significativo.

De forma general el rendimiento de los sujetos de sexo masculino fue significativamente superior al de las mujeres. Por ejemplo, en los rendimientos cognitivos existe una diferencia de 3,41 puntos favorable a los hombres de la muestra en estudio. Conclusiones: Por lo tanto, los resultados obtenidos en ésta investigación evidencian de forma superficial las dificultades cognitivas-comunicativas de las personas con diagnóstico de esquizofrenia pero que es necesario realizar estudios futuros que contemplen el análisis de un número muestral superior y que incluya variables no abordadas por nosotros como la escolaridad, la edad y los subtipos de esquizofrenia, así como la profundización del estudio de los rendimientos más afectados.

Schizophrenia is a chronic psychiatric disorder that causes disability in users who suffer from it, affecting the psychological, social, educational and / or work development of each person who suffers from this disease.

Objective: to determine the cognitive-linguistic profile of people diagnosed with schizophrenia.

Methodology: The study was carried out in the premises of the "Rostros Nuevos" Foundation and the "Hogar de Cristo", in the Central Station district from Santiago of Chile. The study of the cognitive-linguistic profiles of people with schizophrenia was carried out, which included a total of 30 subjects of which 60% were women and 40% men. Cognitive and linguistic variables were studied through the tests of the MoCa Test and the cognitive linguistic protocol of Rafael González. The sample was non-probabilistic for convenience.

Results: The variables observed at the cognitive level were Attention, executive functions, memory and orientation. At linguistic level they were denomination, repetition, verbal comprehension, oral reading, writing, speech, verbal abstraction, verbal absurdities, problem solving and reasoning.

In general, significant difficulties in cognitive attention skills were observed through the basic calculation tasks. Deferred memory is another variable that showed to be considerably reduced, affecting equally both genders as well as visuoconstruction skills in three-dimensional copy. In tasks of planning and verbal fluency, very low performances were also found, as well as in work memory items, all skills that showed deficient performances in both sexes. The linguistic variables showed a more regular behavior but in the same way the problem solving and reasoning skills showed a significant deficit.

In general, the performance of male subjects was significantly higher than that of women. For example, in cognitive performance there is a difference of 3.41 points favorable to men in the sample under study. Conclusions: We conclude that the results obtained in this research evidences superficially the cognitive-communicative difficulties of people diagnosed with schizophrenia but that it is necessary to carry out future studies that contemplate the analysis of a superior number of samples and that include variables not addressed by us. such as schooling, age and the subtypes of schizophrenia, as well as the deepening of the study of the most affected performances.

Introducción

La Esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico que causa discapacidad en los usuarios que la padecen, afectando el desarrollo psicológico, social, educacional y/o laboral de cada quién que sufre esta enfermedad. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) mencionan que la esquizofrenia es una de las enfermedades más incapacitantes actualmente, siendo parte de las diez principales causas de incapacidad en la población mundial.

Según DSM-5 la esquizofrenia se caracteriza por presentar delirios, alucinaciones, discurso-comportamiento desorganizado y síntomas negativos, afectando el diario vivir de estos usuarios. Es por esto que los individuos que padecen esquizofrenia suelen ser estigmatizados y aislados socialmente.

Este trastorno mental afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo más frecuente en hombres que en mujeres, teniendo además mayor probabilidad de morir a una edad más temprana en comparación con el resto de la población (OMS, 2016).

En Chile, de acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socio Económica (CASEN) realizada el año 2013, existen cerca de 220.000 personas que presentan alguna discapacidad de origen mental. Por otra parte, en una encuesta realizada por el Ministerio de Desarrollo Social en el año 2015, se concluyó que el porcentaje de población adulta que presenta trastornos mentales y del comportamiento es de un 59%, correspondiendo a esquizofrenia un 1,5%.

Además de los síntomas patognomónicos propios de la enfermedad se conocen investigaciones en las cuales se señala que existen también alteraciones de las funciones cognitivas en estos usuarios. Como se concluyó en el artículo “Los trastornos cognitivos de la Esquizofrenia” (Barrera, 2006).

Existen también estudios neuroanatómicos que demuestran la presencia de daño en zonas específicas del cerebro, las cuales están relacionadas con el funcionamiento cognitivo, el que posiblemente se podría ver afectado en usuarios con esquizofrenia, como se evidencia en un estudio realizado por Pearlstein et al. (citado en Gómez, Rojas, Hernández, Santacruz, y Uribe, 2008).

Las alteraciones en estas funciones podrían afectar el desempeño comunicativo de estos individuos ocasionando así un Trastorno Cognitivo Comunicativo (TCC).

El presente estudio consiste en identificar el perfil cognitivo lingüístico en usuarios con alteración de salud mental, específicamente, con diagnóstico de esquizofrenia, ya que en Chile existen escasos estudios sobre las alteraciones cognitivas lingüísticas en este tipo de usuarios.

La importancia de lo señalado anteriormente reside en otorgar al usuario las herramientas necesarias que le permitan el desarrollo de las habilidades cognitivas-comunicativas que se vean afectadas. Es el Fonoaudiólogo el profesional idóneo para trabajar esto, a partir de un abordaje no farmacológico. Está capacitado para entregar las estrategias necesarias al usuario y así, este pueda satisfacer sus necesidades comunicativas básicas e integradas, las que se requieren para establecer una comunicación eficiente.

Justificación

Es relevante determinar el perfil cognitivo-lingüístico en usuarios con esquizofrenia, para así generar evidencia y contribuir al proceso de rehabilitación integral en el aspecto cognitivo y comunicativo, desde el enfoque Fonoaudiológico no farmacológico. Ya que éste es el profesional que interviene directamente en la comunicación como tal y, actualmente no se desempeña en el ámbito de salud mental de forma masiva.

En Chile la labor del Fonoaudiólogo dentro del área de salud mental ha sido poco explorada, mientras que en otros países ya se ha profundizado acerca del rol de este profesional en dicha área.

En Colombia, se ha estudiado el papel del Fonoaudiólogo en relación a la evaluación e intervención que realiza en usuarios con alteraciones de salud mental, sustentando su quehacer en esta área, e incluyéndose dentro del equipo multidisciplinario necesario para otorgar una adecuada rehabilitación. Algunos de los objetivos generales fonoaudiológicos que se nombran en el estudio realizado por (Colina, 2009), son:

- Promover y mantener la comunicación funcional en el paciente con patología psiquiátrica.
- Rehabilitar al usuario en sus aspectos comunicativos y cognitivo para que pueda integrarse a ambientes sociales, familiares, académicos y profesionales.
- Reducir el impacto social de la patología psiquiátrica en las interacciones del individuo.
- Permitir la inclusión social del usuario con patología psiquiátrica.

Por medio de este estudio se pretende aportar a la Fonoaudiología una investigación sobre un tema poco profundizado en Chile, y que es de suma relevancia, debido a que se puede abrir un nuevo campo de estudio en el ámbito Fonoaudiológico en el que hoy en día no se ha ahondado.

También, se espera aportar con información basada en evidencia a partir de un abordaje no farmacológico para que en un futuro se realicen pautas de evaluación específicas para este tipo de población, y de esta forma entregar una intervención integral.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el perfil cognitivo-lingüístico en usuarios adultos de entre 29 y 70 años con diagnóstico de Esquizofrenia de Fundación Rostros Nuevos en la ciudad de Santiago de Chile durante el año 2017?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Determinar el perfil cognitivo-lingüístico en usuarios con diagnóstico de esquizofrenia de la Fundación Rostros Nuevos atendidos por Fundación Fonohabilita.

Objetivos específicos

Determinar perfil cognitivo en usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia de sexo masculino de la Fundación Rostros Nuevos a partir de la aplicación de Test de Moca

Determinar perfil cognitivo en usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia de sexo femenino de la Fundación Rostros Nuevos a partir de la aplicación de Test de Moca

Determinar perfil lingüístico en usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia de sexo masculino de Fundación Rostros Nuevos a partir de la aplicación de protocolo cognitivo lingüístico de RG.

Determinar perfil lingüístico en usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia de sexo femenino de Fundación Rostros Nuevos a partir de la aplicación de protocolo cognitivo lingüístico de RG.

Marco Teórico

CAPÍTULO I

1.1 Antecedentes de la investigación

Se presentará a continuación, las bases teóricas sobre las cuales se sustenta la presente investigación, señalando definiciones de importancia, bases neuroanatómicas y funciones cognitivas relacionadas con esta patología de salud mental.

1.2 Salud

Salud, “Estado de completo bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1946)

1.3 Salud mental

Diferentes autores y asociaciones han desarrollado este concepto, una de ellas entregada por La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2003) y la define como: “Un estado de ser que es más relativo que absoluto. El rendimiento exitoso de las funciones se muestran como actividades productivas, relaciones plenas con otras personas y la capacidad para adaptarse al cambio y enfrentar la adversidad” (Citado en Townsend 2009, p.4)

La anterior definición se centra en tres aspectos: conciencia de las capacidades, rol en la sociedad y capacidad de adaptación, aspectos que también están incluidos en la siguiente definición planteada por la OMS: La salud mental se define estado de bienestar en el cual un individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer un contribución a su comunidad (OMS, 2013).

1.4 Alteración mental o enfermedad mental

La Asociación Psiquiátrica Americana define enfermedad mental como

Una conducta clínicamente significativa o síndrome psicológico o patrón que ocurre en un individuo y que está asociado con distress presente o discapacidad, o con un riesgo significativamente elevado de morir, sufrir dolor; discapacidad o una pérdida importante de libertad y no es solo una supuesta respuesta a un evento en particular.

“Respuestas maladaptativas a estresantes del medio ambiente interno o externo, evidenciadas por pensamientos, sentimientos y comportamientos incongruentes con las normas locales y culturales, interfieren con el funcionamiento social, ocupacional y/o físico del individuo” (Townsend, 2009)

Las definiciones de salud mental, se centran en tres aspectos: conciencia de las capacidades, rol en la sociedad y capacidad de adaptación. Las cuales según se plantea en las definiciones de alteraciones de salud mental están afectadas, pero suman una causa, la cual podría ser sentimientos, estrés, pensamientos y comportamientos incongruentes lejanos a la realidad y del funcionamiento de la sociedad.

1.5 Esquizofrenia

1.5.1 Historia

El concepto esquizofrenia ha variado en el tiempo siendo definido por diversos autores. En un inicio fue diagnosticada como “Idiocia adquirida” por Esquirol, “Estupidez o demencia juvenil” término propuesto por Morel, el cual en 1851 acuñó el concepto de Dementia Praecox “Demencia precoz”. Eugenio Bleuler, es quien propone en 1911 el nombre de “Esquizofrenias” (Mente hendida o disgregada), ya que este trastorno no es ni precoz ni una demencia propiamente tal, por lo que es necesario otorgarle otro nombre diagnóstico. (Cañamares, Castejon, Florit, González, Hernández, y Rodríguez, 2001)

Más actualmente Alvarez y Colina responden a la interrogante sobre el origen histórico de la esquizofrenia presentando 3 supuestos generales. Primero se debe considerar que las enfermedades mentales varían a lo largo de la historia. En segundo lugar, podemos atribuir estas variaciones a la presencia de universos simbólicos. Y por último, debemos entender el automatismo mental y la xenopatía del lenguaje como un fenómeno reciente.

1.5.2 Definición

Gomez, Hernandez, Rojas, Santa Cruz Uribe (2008), señalan que: “Las esquizofrenias se definen como un síndrome que presenta una serie de síntomas positivos y negativos característicos, un deterioro en el desempeño laboral, social, de las relaciones interpersonales y la presencia de signos continuos de la enfermedad, por al menos seis meses”

Según CIE - 10, las personas con trastorno del espectro de esquizofrenia se caracterizan por típicas distorsiones de la percepción, pensamiento y las emociones. Este trastorno hace que las personas que lo padecen vean comprometidas sus funciones esenciales que otorgan el control y dominio de sí mismas.

Actualmente DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders) en su quinta versión, la describe bajo el nombre de “Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” Conforman este espectro el trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo.

1.5.3 Etiología

Estudios epidemiológicos señalan que no existe un único factor relacionado con la esquizofrenia, sí no, por el contrario son numerosos factores los que confieren el riesgo de padecer este trastorno.

Estos factores pueden actuar durante un periodo temprano del desarrollo cerebral, sin embargo son más comunes los que actúan durante la adolescencia y adultez. (Gejman, Sanders, 2012)

La gran mayoría de los riesgos ambientales actúan durante el embarazo, como por ejemplo, virus herpes simplex tipo 2, gripe, rubéola, toxoplasmosis, niveles de vitamina D y las hambrunas. Así como también se observan durante el parto incompatibilidad de Rh, extracción con asistencia de aspiradora, hipoxia, pre-eclampsia, la muerte de un familiar cercano durante el primer trimestre del embarazo (efecto del estrés grave), y la deficiencia materna de hierro. Otros riesgos son de tipo inmunológico, como enfermedades auto-inmunes (artritis reumatoide, síndrome de Guillain-Barré, hepatitis autoinmune, tirotoxicosis y la enfermedad de Crohn). A pesar de todos estos posibles factores de riesgo se menciona que el factor de riesgo individual más grande es la presencia de antecedentes de esquizofrenia, (Gejman, Sanders, 2012)

Por otra parte, Paz (2005) señala que hoy gracias a los avances en el estudio genético y la neuroimagen, se cuenta con mayor claridad en cuanto a la etiología en cuestión. Se entiende que en la enfermedad convergen variables genéticas y ambientales, que influyen tempranamente en el neurodesarrollo. Se ha observado a través de neuroimagen que existen anomalías tisulares del cerebro, relacionadas con la disminución del volumen de la sustancia blanca y gris. Esta reducción se observó principalmente en el hipocampo, justificando las dificultades en memoria verbal que presentan estos usuarios. Además de la disminución del tejido, también se ha observado la presencia de niveles deficientes de n-acetyl-aspartato (NAA), factor que en cerebros de usuarios esquizofrénicos se considera marcador de viabilidad.

1.5.4 Clasificación

Delimitando cuáles son los cuadros concomitantes se expone la tipología clásica, que se describe a continuación según CIE-10 (1992). El cual propone una clasificación semejante a la establecida por el DSM-IV y agrupa los subtipos de esquizofrenias de la siguiente manera:

1. Paranoide: Es el tipo más frecuente de Esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. El curso de ésta, puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico.
2. Catatónica: Presencia de trastornos psicomotores graves, que varía desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas o encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.
3. Desorganizada: Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas. El pensamiento es desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario, el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico no favorable, por la rápida aparición de los síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y abulia.
4. Indiferenciada: Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia, pero que no se ajustan a ninguno de los tipos paranoide ni catatónica o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual, y a la depresión post-esquizofrénica, y solo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

5. Residual: Estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que se incluyen en las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales, caracterizado por la presencia de síntomas “negativos” y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

1.5.5 Neuroanatomía

A través de tomografías computarizadas y resonancias magnéticas computarizadas, se observan en la mayoría de los estudios reducciones globales del volumen de sustancia gris cerebral, dilatación de ventrículos laterales, y reducción de la sustancia gris de ambos lóbulos temporales y del lóbulo frontal izquierdo. Además, existe una regresión volumétrica del hipocampo, lo que tiene relación con una disfunción cognitiva en estas personas. Se menciona que esto afecta principalmente la memoria verbal declarativa. En general, existe pérdida de asimetría de lóbulos frontales, alteraciones en ganglios basales, cerebelo, cuerpo caloso, y septum pellucidum, entre otras (Chinchilla, 2007).

Como se mencionó anteriormente, existe una disminución de volumen en los lóbulos frontales, sobre todo el izquierdo, la región dorsolateral y prefrontal, áreas directamente relacionadas con funciones cognitivas básicas, como son atención y memoria. Solo el 15-25% rinde normalmente en pruebas neuropsicológicas. (Gómez, et al, 2008)

Un estudio de Perlstein et al, (Citado en Gómez, et al, 2008), pone en evidencia la dificultad en activar la región dorsolateral en una prueba de memoria de trabajo (MT). Este estudio demuestra lo propuesto por otros autores, los cuales plantean que la alteración en la MT se relaciona con el grado de desorganización del pensamiento, ya que esta es importante para monitorear lo que decimos mientras hablamos o escribimos. Los pacientes con Esquizofrenia muestran esta función alterada, sin lograr expresar la idea central de lo que quieren transmitir, produciéndose una desorganización del lenguaje.

También, dentro del déficit cognitivo de origen frontal se observa una disfunción ejecutiva que se ha correlacionado con pobre introspección en estas personas.

En resumen, las deficiencias cognitivas, que se relacionan con los síntomas negativos y la desorganización de estos, influyen en el diario vivir de estas personas, las cuales tendrán dificultades para convivir de forma adecuada dentro de la sociedad, teniendo además limitaciones a la hora de obtener o mantener un trabajo o vivir independientemente.

1.5.6 Medicación:

En una revisión realizada por Tajima, Fernández, López-Ibor, Carrasco y Díaz-Marsá (2009) se señala que las formas de tratamiento de la esquizofrenia varían en función de la fase y la severidad de la enfermedad. A pesar de los efectos negativos de los antipsicóticos se ha demostrado que pueden mejorar los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y así también prevenir las posibles recaídas.

A pesar de los avances realizados en el desarrollo farmacológico, estos continúan estando constituidos por tres grupos básicos. Los antipsicóticos típicos, atípicos y agonistas parciales dopaminérgicos, en donde, los dos últimos, forman parte de los antipsicóticos de segunda generación, entregando una mejoría en la capacidad funcional y de la calidad de vida, ventajas como disminución de los síntomas negativos y deterioro cognitivo. Un factor contribuyente de esto podría ser el aumento de la liberación de acetilcolina en la corteza prefrontal. En comparación a los de primera generación en el tratamiento de la esquizofrenia, con los cuales se ha evidenciado que solo un grupo pequeño de pacientes responden efectivamente a ellos.

No obstante, estas mejoras no son sustanciales. Además se han observado efectos secundarios, los que afectan negativamente, presentando aumento de peso, hiperglucemia y dislipidemia.

1.5.7 Criterios diagnósticos:

Según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), debe existir presencia, como mínimo, de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, pertenecientes a cualquiera de los grupos (a) a (d), o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el (e) y el (i). Los síntomas deben haber estado claramente presentes por un período de un mes o más.

- A. Eco, robo, inserción o transmisión del pensamiento.
- B. Ideas delirantes de ser controlado, de influencias o de pasividad claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros, o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepciones delirantes.
- C. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo y otros tipos de voces alucinatorias que proceden de alguna parte del cuerpo.
- D. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son totalmente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- E. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente .

- F. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- G. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
- H. Síntomas “negativos” tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social); debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.

Por otra parte, el El DSM - 5 plantea que para que se efectúe el diagnóstico de Esquizofrenia, la persona debe presentar:

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
- B. 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente). 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- C. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- D. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

- E. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque:
- 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- F. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- G. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

1.6 Trastorno cognitivo comunicativo

El TCC es definido por la ASHA como “Trastorno que abarca dificultades en cualquier aspecto de la comunicación debido a una alteración de los procesos cognitivos. Funcionalmente, estas alteraciones afectan el diario vivir, la interacción social y la regulación conductual de la persona”

1.7 Neuropsicología

La Neuropsicología es una especialidad del campo de las neurociencias, ésta estudia la relación entre procesos mentales y conductuales del cerebro. Un neuropsicólogo se ocupa entonces del diagnóstico y el tratamiento de aquellos problemas cognitivos, conductuales y emocionales que pueden ser resultado de diferentes procesos que afecten el normal funcionamiento cerebral.

Es, justamente la Neuropsicología cognitiva, la ciencia que describe las funciones cognitivas. Al referirnos a ellas, nos referimos a procesos mentales, estas funciones conforman un grupo amplio de capacidades y habilidades, estas son: Atención, memoria, orientación, funciones ejecutivas, el lenguaje y el razonamiento. (Benedet, 2002)

1.7.1 Funciones cognitivas

Son procesos mentales, los cuales nos permiten llevar a cabo diversas tareas imprescindibles en nuestro diario vivir, gracias a ellas es posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información. Estos procesos son: orientación, atención, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje y pensamiento.

1.7.1.1 Orientación

Según la ASHA, la orientación corresponde a la capacidad de recordar nociones temporales, de lugar y nociones sobre sí mismos.

García, (2009), define la capacidad de orientación como aquella que nos permite tener presentes y saber utilizar datos de la realidad en que estamos situados, es decir, información del contexto en el que estamos, lugar en que nos situamos y nuestra propia identidad.

1.7.1.2 Atención

Ríos y Periañez, (Citado en J. Blázquez et al, 2009, p.36) han definido la atención de forma amplia como “La habilidad mental de generar y mantener un estado de activación tal que permita un adecuado procesamiento de la información” Podemos encontrar 5 tipos de atención: Atención focalizada, atención sostenida, atención selectiva, atención alternante, atención dividida.

Solberg y Mateer, (citado en Webb y Adler, 2010, p 226). definen la atención como “la capacidad para percibir un estímulo concreto a lo largo del tiempo y para manipular de manera flexible la información”

1.7.1.3 Memoria

La memoria según González Rodríguez y Muñoz Marrón, (2008) “es el proceso cognitivo a través del cual se codifica, almacena y recupera una información determinada o un suceso concreto. Es el proceso psicológico que nos permite aprender” (Citado en Blázquez, et al. 2009, p.81). Pero el concepto de memoria no es un concepto unitario, sino que existen diferentes tipos o clases de memoria.

Según el modelo multialmacén de Atkinson y Shifrin (1968) se pueden encontrar distintos tipos de memoria: memoria sensorial, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, memoria declarativa, memoria, semántica, memoria episódica, memoria procedimental (Citado en J. Blázquez et al, 2009, p.82)

Si existen déficit en la memoria, se verá afectadas las actividades de la vida diaria, impidiendo un correcto aprendizaje, lo que influirá el rendimiento académico, ya que la adquisición de nueva información y recuerdos están deteriorados. Afectando todos los aspectos de la vida de estos usuarios, (familiar, académica, laboral, social).

1.7.1.4 Funciones ejecutivas

Se han definido como los procesos que asocian ideas, movimientos y acciones simples y los orientan hacia la resolución de situaciones complejas. Lezak (1982,1987), considerada la primera autora que acuñó este concepto, definió las funciones ejecutivas como las capacidades para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente aceptada.(Citada en Blázquez, et al.,2009)

Estas funciones son necesarias para formular metas, planificar procesos y las estrategias para lograr los objetivos, ejecutar planes, reconocer el logro/no logro.

Webb y Adler (2010), definen las funciones ejecutivas (FE) como una capacidad humana, para realizar actividades no rutinarias y corresponden a funciones como anticipación, establecimiento de objetivos, planificación, control de acontecimientos externos e internos y utilización e interpretación de la información. Señalan también que somos capaces de autorregularnos e inhibirnos gracias a estas funciones.

Diamond y Lee, (2011) (Citado en Flores-Lazaro, Castillo-Preciado y Jiménez-Miramonte, 2014) mencionan que diversos investigadores coinciden en que las FE son uno de los componentes más relevantes para lograr un exitoso desarrollo infantil y adolescente. Estos autores, realizaron una extensa revisión bibliográfica, en la cual observaron que las FE se desarrollan de forma secuencial y curvilínea.

Flores-Lázaro, Castillo-Preciado y Jiménez Miramonte (2014) concluyeron en dicha revisión:

“Hasta el momento la literatura analizada indica que las FE que presentan un desarrollo más consolidado en la infancia temprana son la detección de riesgos y el control inhibitorio; en la infancia tardía la memoria de trabajo, la flexibilidad mental, memorización estratégica, y la planeación visoespacial, presentan los desarrollos más significativos; en la adolescencia tardía se termina desarrollar la capacidad de planeación secuencial; la fluidez verbal y la abstracción continúan su desarrollo en la juventud, pero solo en contextos escolarizados”.

Flores Lázaro et al. (2011) es un estudio realizado, encontraron que la mayoría de las FE están relacionadas con la actividad escolar de los usuarios (Citado en Flores-Lazaro, Castillo-Preciado y Jiménez-Miramonte, 2014) esto es importante de mencionar, ya que la gran parte de personas con esquizofrenia ven interrumpidos sus estudios.

1.7.1.5 Funciones Visoespaciales:

Estudios recientes indican que estas funciones corresponden los procesos más complejos del procesamiento visual, estos nos permiten analizar, entender y manejarnos en el entorno en sus dos o tres dimensiones, gracias a ellas podemos analizar imágenes, y realizar una navegación mental, percibir nociones de profundidad, distancia y construcción espacial. (Ortega, Espinosa, Ibarria, Cabañeta, y Boada, 2014)

1.7.1.6 Lenguaje

Una de las definiciones más útiles para los profesionales del área y que mejor recoge los diferentes aspectos que intervienen en esta compleja función es la formulada por Lecours y Lhermitte en el año 1979:

El lenguaje es el resultado de una actividad nerviosa compleja que permite la comunicación interindividual de estados psíquicos a través de la materialización de signos multimodales que simbolizan estos estados de acuerdo con una convención propia de una comunidad lingüística (Lecours y Lhermitte, 1979; extraído de Mulas, Simonini, Díaz y Ruiz, 2006).

Es por medio del lenguaje que existe el desarrollo de un ser social, donde la lengua desempeña una importante función, ya que, esta es el canal en el que se aprende a actuar dentro de una sociedad. En otras palabras, existe una indudable relación entre el lenguaje y el hombre social. Halliday, M. A. (2001).

Por último, cabe mencionar la siguiente frase, la cual describe la relevancia del lenguaje:

En el latín de Bacon (Citado en Bruner, y Linaza, 1984) la divisa es: *Nec manus nisi intellectus sibi permissus mutant valent, instrumentis et auxitibus res perfecitur* o, según mi propia traducción libre: Ni la mente ni la mano pueden lograr mucho por si solas, sin ayudas y herramientas que las perfeccionen. Y la principal de estas ayudas y herramientas es el lenguaje y las normas para su uso. (Bruner, et al., 1984).

1.7.1.7 Pensamiento

Se define que el pensamiento es el proceso por el cual se realiza una evaluación de la información, proceso necesario para llegar a una conclusión. Plana que el pensamiento deductivo es aquel que considera diversas premisas, opiniones, hechos con el objetivo de alcanzar una conclusión sobre algún tema o situación determinada, por otra parte indica que el pensamiento inductivo corresponde a la generalización a partir de un caso o hecho para llevarlos a una información más general. (Webb, 2010)

Por otra parte, según lo planteado por la neuropsicología cognitiva (Benedet, 2002), el pensamiento y el lenguaje nos distinguen de los animales. El pensamiento es la función cognitiva más compleja que podemos realizar, implica combinar representaciones mentales, ya sean internas o externas con el objetivo de obtener información nueva que nos permita ampliar nuestro conocimiento o resolver problemas, es decir, el pensamiento implica la habilidad de realizar inferencias. Para lograr pensar de forma adecuada, se requiere de las funciones cognitivas básicas, ya antes mencionadas.

Existen dos tipos de pensamiento, el inductivo y el deductivo. El primero hace referencia a la capacidad para llegar a una conclusión a partir de pruebas o premisas y de esta manera ampliar nuestra información semántica, pero esta no garantiza la obtención de información verdadera garantizada. El segundo tipo, toma hechos o pruebas que se saben verdaderas y procede acorde a los principios de la lógica, este tipo de pensamiento, a diferencia del anterior, permite solo realizar afirmaciones verdaderas, no añadiendo información nueva a nuestros conocimientos. Es por ello que requerimos de ambos tipos para llevar a cabo nuestra vida, tomar decisiones, etc.

Estado del Arte

CAPÍTULO II

2.1 El estudio “Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la Esquizofrenia” de Alvaro Cavieres F y Mónica Valdebenito V, realizado en el Hospital del Salvador, Valparaíso (2005), tenía como objetivos: 1) Determinar relación entre el funcionamiento cognitivo y el desempeño social y calidad de vida de personas enfermas de esquizofrenia; 2) Estudiar la relación entre el desempeño cognitivo y las características demográficas de los sujetos; 3) Estudiar la relación entre el desempeño cognitivo y variables asociadas al curso de la esquizofrenia como edad de inicio y tipo de tratamiento, y 4) Investigar la relación entre el funcionamiento cognitivo y los síntomas negativos de la esquizofrenia. Se evaluaron los siguientes procesos cognitivos: Memoria auditiva, memoria visual, concentración, funciones ejecutivas y memoria de trabajo. Esto se llevó a cabo, a través de la aplicación una batería de pruebas neuropsicológicas y las escalas SANS, de síntomas negativos y QLS, de calidad de vida. Además de registrar datos como edad, género, nivel educacional, estado civil, situación laboral y tratamiento.

A modo general, los resultados visualizados en las baterías de evaluación del presente estudio concuerdan con otros previos que señalan que la disfunción cognitiva es una característica relativamente estable e independiente de otras variables como la edad, género y edad al inicio del primer episodio psicótico. Por lo que, se evidencia que los usuarios con trastorno del espectro de esquizofrenia cursan con alteraciones cognitivas, las que influyen en su calidad de vida.

2.2 Se realizó en Inglaterra un estudio denominado “Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading“ de R. Langdon, M. Coltheart, P. B. Wards y S. V. Catts, en el cual se investigó las dificultades que presentan las personas con esquizofrenia, tanto en la lectura de la mente, es decir, la dificultad general con la inferencia y la supervisión de los pensamientos de otras personas, como también la existencia de un déficit pragmático del lenguaje tanto a nivel expresivo como comprensivo.

En el estudio participaron 25 pacientes (7 pacientes internos y 18 pacientes ambulatorios) pertenecientes al Servicio de Salud del Área de South Western Sydney, de los cuales 23 tenían un diagnóstico de esquizofrenia por DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) y dos con trastorno esquizoafectivo. Todos los pacientes recibían medicación. La edad de la enfermedad varió de 16 a 37 años (media 23 ± 2 años). Se reclutaron también 20 controles sanos, adaptados al grupo de pacientes en edad, sexo y años de educación formal.

Se evaluó a los pacientes a través de tareas de secuenciación de imágenes, se utilizó también una versión computarizada de la tarea ToL y la comprensión no literal del habla se probó en una tarea informatizada de comprensión de cuentos.

Se planteó la hipótesis de que los pacientes mostraron deficiencias en tareas de secuenciación de historias de falsas creencias y en la interpretación de discursos no literarios. Los resultados obtenidos en el estudio apoyan la hipótesis propuesta.

El conjunto de resultados alcanzados son altamente consistentes con la evidencia encontrada en otros lugares, el déficit en cuanto a la mala lectura de la mente en pacientes frontales y en pacientes con esquizofrenia no puede ser completamente explicada por déficits ejecutivos (Rowe et al., 2001 y Langdon et al., 2001); y la evidencia de que la mala lectura de la mente y la mala apreciación de la ironía se pueden encontrar en ausencia de disfunción ejecutiva (Fine et al., 2001).

Las personas con esquizofrenia pueden comunicar sus ideas anormalmente. Los psiquiatras se refieren a los primeros como anomalías del "contenido del pensamiento" (por ejemplo, delirios) y los últimos como anomalías de la "forma de pensamiento", de ahí el término "trastorno del pensamiento formal" (FTD).

2.3 (Salavera, Puyuelo y Serrano, 2011) realizaron un estudio que tiene como título "Habilidades de comunicación en jóvenes con esquizofrenia" en España, conformado por dos grupos de 8 jóvenes (un grupo experimental y un grupo control) entre los 18 a 25 años. En esta investigación se menciona que los sujetos con alteración mental tienen dificultad para mantener una conversación larga y extensa. Por lo que, el objetivo de esta investigación era analizar qué estrategias de aprendizaje se ponen en marcha cuando se trabaja la recuperación y la adquisición de habilidades comunicativas en personas con problemas de comunicación, y de esta forma establecer si hay diferencia entre ambos grupos, ver cual muestra mejorar significativas en los aprendizajes y en las estrategias empleadas.

Se evaluaron a los sujetos en dos momentos T0 (momento de comienzo de los grupos de habilidades de comunicación) y T1 (final de los grupos) Para establecer la línea base se aplicaron test lingüísticos, el tests utilizado para la evaluación psicolingüística fue el test de inteligencia WAIS, también se aplicó el test de Acentuación de Palabras (TAP) de González Montalvo, el cual permite conocer la capacidad verbal previa de los sujetos, test de personalidad EPQ-A de Eysenck, Escala de Habilidades Sociales. Las valoraciones de los test, además se completaron con entrevistas individuales y para obtener resultados más estables y más fiables se filmó a los jóvenes.

Ambos grupos tuvieron 16 sesiones, en las cuales se siguió la metodología observacional propuesta por Anguera (2000) y se compararon en base a las directrices de estrategias de aprendizaje de

Phillipe Merieu. Algunos de los resultados de este estudio se observa que no hay diferencias entre ambos grupos en relación al CI, pero sí existen significativas diferencias en el desempeño social de los sujetos, recalcando que el lenguaje influye en gran medida en esto.

2.4 La Escuela de Medicina de la Universidad de Maryland, Baltimore, realizó un estudio (Dickinson, Bellack, & Gold, 2007) llamado “Social/Communication Skills, Cognition, and Vocational Functioning in Schizophrenia”, diseñado para determinar las características estructurales cognitivas, sintomáticas y cerebrales que se asocian con el funcionamiento vocacional en la esquizofrenia, ya que existen investigaciones considerables que establecen que la disfunción social contribuye al funcionamiento deficiente de la comunidad en la esquizofrenia.

Son necesarias diversas habilidades sociales o del cómo lo son; la selección de un contenido conversacional apropiado, el uso de estrategias de comunicación no verbal y la sensibilidad a un equilibrio conversacional apropiado, para un desempeño interpersonal efectivo y el logro de metas sociales.

Setenta y siete pacientes fueron reclutados y divididos en 2 grupos: aquellos con buen funcionamiento de la función vocacional (GVF), y aquellos con mal funcionamiento vocacional en la esquizofrenia (J.M.G., Investigador Principal). Los pacientes fueron reclutados de 2 clínicas ambulatorias en el Centro de Investigación Psiquiátrica de Maryland (n = 58) y de centros locales de salud mental y médicos privados (n = 19).

Todos los participantes en el estudio se sometieron a un largo protocolo de evaluación de las habilidades sociales a través de "pruebas de juego de roles" (RPT), medidos con el programa MASC, el cual emplea una serie de conversaciones simuladas de 3 minutos con un confederado en vivo que retrata al protagonista en una situación. En cada caso, se presenta al usuario una breve descripción escrita del escenario y se le asigna una función particular. Todos con un contexto vocacional.

Se realizó también una evaluación cognitiva que se centró en la aplicación de WAIS-III y WMS-III. El WAIS-III produce índices compuestos para la comprensión verbal, la organización perceptual, la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento.

Los resultados establecieron que estas evaluaciones dispusieron asociaciones entre variables de MASC y variables cognitivas seleccionadas, a través de los grupos de esquizofrenia, Addington y sus colegas encontraron una fuerte asociación de habilidades sociales y de comunicación. Las puntuaciones de contenido de conversación se correlacionaron consistentemente con las variables cognitivas que el contenido no verbal o las puntuaciones de efectividad general. Las variables cognitivas y las escenas MASC que requieren resolución de conflictos eran consistentemente mayores que aquellas con escenas que requerían iniciación de conversación. Entre las 3 dimensiones de

desempeño de MASC, el recuerdo de los detalles de la presentación en audio del contexto narrativo de juego de roles para cada escena de MASC acentúa el hecho de poseer habilidades de memoria compleja y "contextualizada".

El MASC requiere que un individuo tenga un adecuado desarrollo de habilidades cognitivas para lograr un buen desempeño en las tareas de roles. En resumen, los análisis actuales sugieren que la habilidad social basada en el juego de roles está fuertemente asociada con las medidas cognitivas que aprovechan las habilidades verbales y perceptuales, memoria, resolución de problemas y velocidad de procesamiento de la información. La batería de prueba cognitiva analizada aquí abarcó los dominios fundamentales de la cognición más frecuentemente vinculados con el resultado funcional y profesional en la esquizofrenia.

2.5 (Barrera, 2006), plantea que estos pacientes poseen trastornos cognitivos desde hace tiempo, pero que recientemente estas alteraciones se han definido y cuantificado con claridad. Se señala también que estas alteraciones cognitivas en pacientes con esquizofrenia son un factor determinante de su nivel de discapacidad incluso mayor que las alteraciones propias del trastorno.

Memoria declarativa, funciones ejecutivas, memoria de trabajo y atención son las funciones cognitivas que otorgan las habilidades para resolver problemas, las cuales están alteradas en estos usuarios.

De los 171 pacientes con esquizofrenia con un buen nivel de funcionamiento en la comunidad, sólo el 27% rendía normalmente en las pruebas neuropsicológicas administradas. En quienes presentan un nivel de severidad mayor en una muestra de 308 pacientes con esquizofrenia mayores de 65 años hospitalizados, el Mini Mental State Examination (MMSE) promedio fue de 14,5 puntos''

Los trastornos cognitivos de los pacientes con esquizofrenia parecen no ser producto de la enfermedad, detectando estos, incluso antes de que inicie la psicosis, o bien estos déficits son ya severos recién iniciada la enfermedad. Otro dato importante que cabe destacar, es que estos déficits cognitivos permanecen o aumentan en pacientes que incluso han estado hospitalizados mucho tiempo.

El artículo se enfoca en tres funciones principales: memoria, funciones ejecutivas y atención. Primeramente, señala que los pacientes con esquizofrenia presentan un deterioro severo de la memoria declarativa verbal, espacial, semántica y episódica. Interfiriendo en las actividades de la vida diaria, como: ir a comprar, recordar tomar su medicación o una conversación. En segundo lugar, se asevera que los pacientes que padecen esquizofrenia presentan alteraciones en el rendimiento de las funciones ejecutivas, específicamente de planificación. Se menciona un estudio donde se observaron dos grupos de pacientes, el primero con rendimiento descendido en cuanto a funciones ejecutivas, y otro con rendimiento normal, pero que tenían como estrategia de afrontamiento, la negación, lo cual interfiere

igualmente en la realización de actividades cotidianas. Finalmente se mencionan los trastornos atencionales que presentan estos usuarios, aseverando que presentan alteraciones en esta función cognitiva antes, durante y después de los episodios psicóticos, e incluso estas alteraciones persisten a pesar de la medicación antipsicótica que atenúa estas deficiencias. Es importante conocer las alteraciones atencionales debido a que ellas hacen que el paciente perciba el mundo como amenazante y abrumador, lo cual podría conducir al desarrollo de delirios y alucinaciones. Estas alteraciones se ven incrementadas si a su vez existen dificultades de la memoria declarativa y funciones ejecutivas. Este artículo concluye que los déficits cognitivos en pacientes con esquizofrenia son severos y estas alteraciones podrían interferir en el funcionamiento social, ocupacional y la capacidad de vivir de forma independiente.

2.6 Otro estudio llamado “How specific are negative symptoms and cognitive impairment in schizophrenia? An analysis of PANSS and SCoRS” (¿Cuán específicos son los síntomas negativos y el deterioro cognitivo en la esquizofrenia? Un análisis de PANSS y SCoRS) menciona que los síntomas de la esquizofrenia se han separado tradicionalmente en positivos y negativos. Una de las escalas que más se utiliza para evaluar estos síntomas es la escala PANSS, en la cual el ítem de evaluación de síntomas negativos se divide a su vez en cinco sub ítems: 1) Embotamiento afectivo, 2) Retracción emocional, 3) Pobre relación, 4) Apatía, 5) Dificultad de pensamiento abstracto. Existe un cuestionamiento sobre la especificidad de los síntomas negativos evaluados por esta escala, el cual ha contribuido a que en las últimas décadas se reconozca que el deterioro cognitivo es una característica central de estos pacientes y es separable de la enfermedad en sí. Y este deterioro cognitivo se relaciona fuertemente con la funcionalidad de estas personas y su calidad de vida. Se señala también en este estudio, que como parte de la evaluación se debe considerar entrevistas para complementar la evaluación neuropsicológica, debido a que las pautas antiguas se diseñaron sin considerar las alteraciones cognitivas que presentan estas personas.

Por otra parte, la SCoRS, Escala de evaluación de la cognición de la esquizofrenia, es una escala de evaluación basada en entrevistas, diseñada específicamente para abordar deficiencias cognitivas en usuarios con esquizofrenia, y ha demostrado tener una buena correlación con las pruebas neuropsicológicas. Es por ello que en este estudio se pretendía analizar los sub ítems del ítem de síntomas negativos de la escala PANSS, y el SCoRS.

El ya mencionado estudio utilizó como método de investigación una muestra de 101 pacientes con esquizofrenia. A quienes se les aplicó las escalas anteriormente dichas. El ítem de síntomas negativos de PANSS y SCoRS, la cual mide atención, memoria, razonamiento y resolución de problemas,

memoria de trabajo, producción del lenguaje y habilidades motoras y a su vez incluye dos tipos de fuente, una entrevista con el paciente y otra con un informante, que generalmente era algún familiar. Luego se tomaron los resultados de ambos test de cada paciente para realizar el correspondiente análisis.

Dicho análisis dio como resultados una correlación significativa entre el puntaje otorgado por el entrevistador en SCoRS y el ítem cinco del PANSS, Dificultad de pensamiento abstracto.

Se expone como discusión que estos resultados indican que el déficit cognitivo y los síntomas negativos son aspectos separables del trastorno. Es posible que los síntomas negativos y las preguntas sobre la cognición sean influenciados por factores comunes, como el letargo o la percepción alterada, lo que podría aumentar las calificaciones de ambos instrumentos simultáneamente. De esta manera, las calificaciones SCoRS del informante y/o del entrevistador pueden tener una mayor capacidad que las calificaciones SCoRS de los pacientes para separar el deterioro cognitivo de la sintomatología negativa.

En conclusión, los resultados sugieren que el puntaje en SCoRS y en PANSS son diferentes, lo cual refuerza la especificidad de ambos test, lo que significa que la cognición y los síntomas negativos son rasgos independientes de la esquizofrenia. Además, la subescala negativa PANSS podría reformularse con la eliminación del elemento " difícil en el pensamiento abstracto " para evaluar específicamente una dimensión de síntomas negativos.

2.7 (Salavera, C., Puyuelo, M. y Serrano, R., 2011) en el estudio llamado "Detección temprana de la esquizofrenia en alumnos de secundaria" plantean que un amplio grupo de estudiantes secundarios abandona sus estudios por factores diversos, dentro de los cuales se encuentra el padecimiento de Esquizofrenia, la cual se detecta tardíamente, para evitar que estos estudiantes abandonen su educación antes de su término es necesario conocer los indicadores de esquizofrenia de forma temprana, estos cambios ocurren en ámbitos como la comunicación, la interacción social y la cognición.

Estas manifestaciones son específicamente en la desconfianza hacia otros, deterioro en sus relaciones y ansiedad elevada, con pensamientos irracionales, problemas de concentración, memoria alterada, neologismos, alteraciones semánticas como cambio de significado o interpretación del significado de símbolos y palabra, a su vez presentan alteraciones en el nivel pragmático del lenguaje, como discurso pobre de contenido y perseveraciones, sin uso de ironía, piden aclaraciones y poseen pocas habilidades para dar instrucciones verbales, no logran una comunicación efectiva debido a que no tienen en cuenta las necesidades informativas de su interlocutor. Estos pacientes presentan también alteraciones en los componentes verbales (contenido poco interesante, poco variado y confuso; preguntas y respuestas cortas), no verbales (expresión facial inexpresiva, sin orientación del cuerpo y

la mirada hacia el interlocutor) y paralingüísticos (volumen de voz descendido cuanto mayor es la longitud del mensaje, claridad confusa por uso de neologismos, largos periodos de silencio), del discurso. Todo lo anterior se explica debido a que el lenguaje es una función cognitiva, que requiere de atención, como el nivel pragmático, por ejemplo.

2.8 ‘‘Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central’’ es el título de un estudio realizado en Colombia, donde se introduce que el fonoaudiólogo es un profesional experto en comunicación humana. En dicho estudio se expone que existe evidencia teórica de que las personas con patologías de salud mental presentan deterioro de sus habilidades cognitivas y lingüísticas, sumado a la escasa la información descrita sobre el trabajo del fonoaudiólogo en este tipo de pacientes. Estos desórdenes cognitivo – lingüísticos implican que la persona que los posee presentará dificultades en la cognición, lo cual afectará directamente al lenguaje, (oral, lectura, escritura y sus niveles), y por ello se verá mermado su rendimiento en actividades laborales, sociales y académicas. Cuando el paciente psiquiátrico padece una enfermedad mental que altera o desordena su comunicación, este desorden cognitivo-comunicativo es competencia del profesional de fonoaudiología, quien lo evalúa e interviene.

La metodología utilizada, fue cualitativa – descriptiva, en la cual, por medio de observaciones se analizó la experiencia profesional fonoaudiológica del programa Centro – Día del Hospital Militar. Para ello, se observó a la fonoaudióloga en su evaluación e intervención en once pacientes de ambos sexos, entre dieciséis y ochenta y ocho años, con diagnósticos de enfermedad mental y desórdenes cognitivos comunicativos. Se utilizó una bitácora como medio de registro de las sesiones donde la fonoaudióloga interactuaba con los pacientes. Se llevó a cabo una entrevista a la profesional, teniendo en cuenta el ser, el hacer y el quehacer profesional en el área de salud mental y sus reflexiones con respecto a ella. Se adaptó un formato de observación del lenguaje y la comunicación para realizar la evaluación de los pacientes, plantear los objetivos de intervención y luego esta se realizó en terapias individuales, grupales o mixtas, según lo que necesitará cada paciente.

Las funciones del fonoaudiólogo en el área de salud mental entre otras son: contribuir a la reorganización de componentes cognitivos lingüísticos afectados, identificar usuarios en riesgo, o que puedan padecer de algún trastorno cognitivo comunicativo debido a alguna alteración de salud mental, evaluar el desarrollo y funcionalidad de los aspectos cognitivos lingüísticos y factores contextuales que promuevan estas alteraciones y su impacto en la vida cotidiana de los individuos, entrega de un diagnóstico y, yendo más allá, una descripción de las características cognitivas comunicativas de los usuarios lo cual permite emitir un pronóstico y un plan de intervención planteado según las necesidades y preferencias de cada paciente, diseño de materiales y actividades de intervención, creación de programas para informar a la comunidad, al equipo multidisciplinario a la familia sobre

estas deficiencias, creación de programas de prevención de factores que contribuyen en el desarrollo de alteraciones cognitivas comunicativas en pacientes con alteraciones de salud mental, entre otras.

El estudio concluye que al describir el rol del fonoaudiólogo en salud mental, se favorece a una ampliación del conocimiento base de la carrera de fonoaudiología y que por medio de una intervención temprana se puede reducir el impacto de las alteraciones cognitivas comunicativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica, es por ello que la participación de este profesional en los equipos multidisciplinarios enriquece la intervención que realiza el equipo completo, la calidad de vida de los usuarios y abre un campo de conocimiento para la carrera.

Metodología

CAPÍTULO III

3.1 Fundamento de la elección del diseño metodológico

El diseño escogido para la presente investigación, se fundamenta en que se pretende describir el perfil de un grupo de usuarios con diagnóstico de esquizofrenia, para ello, se utilizarán test que utilizan puntajes, los cuales serán de utilidad cuantitativa, pero el objetivo es fundamentalmente cualitativo.

3.1.2 Enfoque de la investigación

El enfoque de investigación que se utilizará es mixto, ya que las variables serán estudiadas bajo criterios descriptivos, además, parte de los instrumentos entregan datos numéricos basados en tablas de puntaje, las que pueden ser analizadas de forma cuantitativa con respecto a rangos de normalidad previamente establecidos.

3.1.3 Tipo de la investigación

Es una investigación transversal, debido a que las características estudiadas de la muestra serán medidas en un solo momento específico en el tiempo, a través de la aplicación única de los instrumentos descritos.

3.1.4 Diseño de la investigación

El tipo de investigación que se utilizará en el estudio corresponde al diseño no experimental ya que la profundización de la información que se llevará a cabo recogerá datos de un ambiente natural sin modificación o manipulación del medio y las variables independientes.

3.1.5 Alcance de la investigación

El alcance de la investigación es del tipo descriptivo y correlacional, ya que pretendemos situar a los sujetos de la muestra en una variable determinada, en este caso, describiremos el perfil cognitivo-lingüístico de usuarios con Espectro de Esquizofrenia. Y además buscaremos correlaciones entre los datos entregados en el perfil lingüístico y cognitivo de los sujetos.

3.2 Definición conceptual de las variables

- **Sexo:** Condición orgánica o física que diferencia hombres de mujeres.

- **Hombre:** Persona de sexo masculino.

- **Mujer:** Persona de sexo femenino.

- **Funciones ejecutivas:** Son habilidades mentales complejas que tienen como objetivo la organización de la conducta humana permitiendo la resolución de problemas complejos. Necesarias para formular metas, planificar procesos y ejecutar planes.

- **Planificación:** Capacidad de desarrollar planes de acción, escoger el más adecuado para lograr un objetivo propuesto.

- **Fluidez verbal:** Tarea de producción lingüística que implica la activación de mecanismos de acceso al léxico, se trata de una función compleja que implica la participación de procesos cognitivos.

- **Memoria de trabajo:** Proceso implicado en el almacenamiento-manipulación temporal de la información.

- **Habilidad visoconstructiva:** Capacidad de reproducir un modelo cualquiera en el espacio. Es una habilidad compleja que requiere de la participación de múltiples actividades cerebrales así como la integridad de varias capacidades entre las que destacan, la percepción adecuada del estímulo.

- **Memoria:** Función cerebral, que permite organizar, codificar, almacenar y recuperar información.

- **Memoria inmediata:** Tipo de memoria en la cual el tiempo de permanencia de la información es breve. El acoplo de la información es pasajero y de codificación rápida.

- **Memoria diferida:** Tipo de memoria en la que permanece de la información presentada previamente durante un período de tiempo, éste conocimiento es retenido, y de esta manera utilizar el recuerdo en un momento futuro.

- **Memoria a largo plazo:** Tipo de memoria que permite retener una cantidad ilimitada de información por un largo periodo de tiempo.

- **Atención:** Capacidad mental de iniciar y mantener un estado que permita un adecuado procesamiento de la información. Permite la selección de información para entregar un respuesta determinada entre diversas fuentes presentadas.

- **Atención sostenida:** Capacidad de mantener una respuesta de forma consistente durante un periodo de tiempo prolongado.

- **Lenguaje:** Es un sistema convencional de signos lingüísticos, en donde cada signo estará conformado por una imagen mental o significado y una imagen acústica o significante.

- **Denominación:** Acción de nombrar un estímulo presentado o dar el nombre a un objeto o persona.

- **Repetición:** Acción de hacer o decir algo que se hizo o dijo previamente.

- **Comprensión verbal:** Capacidad que tiene la persona de atender en relación a lo que escucha.

- **Lectura oral:** Habilidad en la cual una persona puede comunicar oralmente el contenido de un texto.

- **Escritura:** Capacidad de escribir en relación al sistema de representación gráfica del idioma que maneje la persona.

- **Discurso oral:** Habilidad que tiene una persona para poder expresar oralmente, ideas, sentimientos, opiniones, entre otras. Siendo una acción comunicativa con el fin de transmitir información

- **Capacidad de abstracción:** Habilidad mental donde se logra separar cualidades específicas de un objeto, para dejar de prestar atención al mundo sensible y centrarse en una o diversas características.

- **Absurdos verbales:** Capacidad que tiene una persona en poder comprender el o los elementos incoherente dentro de una frase.

- **Resolución de problemas:** Función que ocurre de manera simultánea con el pensamiento o razonamiento, y que ocurren cuando se requiere llegar a una conclusión para resolver un problema no rutinario, donde la solución tampoco lo sea, para ello, el sujeto debe implementar estrategias.

- **Raciocinio:** Facultad mental, la cual permite aprender, razonar, tomar decisiones y entender.

- **Orientación:** Capacidad que nos permite ser conscientes de nosotros mismos y de la situación en que nos encontramos en un determinado momento o circunstancia.

- **Orientación en persona:** Capacidad que tiene una persona para conocer y poder entregar información personal de ella misma, como lo es su nombre, edad, fecha de nacimiento, historia personal, entre otros.

- **Orientación en tiempo:** Capacidad de saber el momento en que se está viviendo y poder situar hechos pasados. Puede ser en término de horas, días, semanas, meses años, estación, etc.

- **Orientación de lugar:** Capacidad que permite saber qué lugar ocupó en el espacio, esto le permite responder a la pregunta ¿Dónde estoy?.

- **Orientación de condición:** Capacidad de conocer la situación en la que se encuentra.

- **Cálculo:** Habilidad para poder realizar operaciones matemáticas para poder llegar a un resultado numérico.

3.3 Definición operacional de las variables

Variables	Sub variables	Operacionalización de las variables
1. Sexo.	1.1 Femenino. 1.2 Masculino.	Se registró mediante la realización de una anamnesis al usuario y/o cuidador.
2. Orientación.	2.1 Tiempo. 2.2 Lugar 2.3 Condición. 2.4 Persona.	2.1 Se registró mediante preguntas con alusión temporal. 2.2 Se registró mediante preguntas referente al contexto espacial en el que se encontrará el usuario. 2.3 Se registró mediante dos preguntas referentes a la condición del usuario. 2.4 Se registró mediante preguntas acerca de información personal del usuario (nombre completo).

<p>3. Funciones ejecutivas.</p>	<p>3.1 Planificación. 3.2 Fluidez verbal. 3.3 Memoria de trabajo. 3.4 Resolución de problemas. 3.5 Raciocinio.</p>	<p>3.1 Se registró mediante la realización de trail making test parte B por parte del usuario. 3.2 Se registró entregando 1 minuto de tiempo al usuario para que nombre todas las palabras que conozca que comiencen con la letra presentada por el evaluador, en este caso la letra “P” 3.3 Se registrará al solicitarle al usuario que cuente en voz alta del 15 al 1 3.4 Se registró mediante la lectura de una situación hipotética por parte del evaluador al usuario, donde este último deberá responder cómo encontraría la información solicitada. 3.5 Se registró mediante la explicación del usuario, sobre qué haría en la situación planteada por el evaluador.</p>
<p>4. Habilidades visuoconstructivas</p>	<p>4.1 Copia 4.2 Espontaneo</p>	<p>3.1 Se registró solicitando al usuario la copia lo más exacta posible de un cubo, cuadrado, triángulo, círculo y cruz. 3.2 Se registró solicitando al usuario el dibujo de un reloj, cuadrado, triangulo, circulo, cruz y cubo.</p>

<p>5. Memoria</p>	<p>5.1 Memoria inmediata. 5.2 Memoria diferida. 5.3 Memoria a largo plazo.</p>	<p>4.2 Se registró mediante la repetición inmediata de una serie de dígitos directos. 4.2 Se registró mediante las respuestas que entregará el usuario a las preguntas realizadas por el evaluador en relación al texto leído previamente. 4.1 Se registró solicitando al usuario que nombre las 5 palabras que se nombraron en la prueba de memoria inmediata. Esto se hará solicitando posterior al desarrollo de 6 actividades que se realizarán después de la de memoria inmediata. 4.2 Se registró mediante la solicitud del evaluador de que el usuario realice un recuento del texto que se le leyó anteriormente. 4.3 Se registrará al solicitar información histórica, información geográfica e información acerca de presidentes.</p>
-------------------	--	---

<p>6. Atención.</p>	<p>6.1 Atención sostenida.</p>	<p>5.1 Se registró mediante la lectura por parte del evaluador de una serie de letras, y cada vez que este diga una A el usuario debía dar un golpe en la mesa.</p> <p>5.1 Se registró mediante la repetición inmediata de dígitos directos e inversos por parte del usuario, luego que el evaluador termine.</p> <p>5.1 Se registró mediante la realización de una operación matemática básica.</p>
---------------------	--------------------------------	--

<p>7. Lenguaje.</p>	<p>7.1 Denominación. 7.2 Repetición. 7.3 Comprensión. 7.4 Lectura oral. 7.5 Escritura. 7.6 Discurso oral. 7.7 Abstracción verbal. 7.8 Absurdos verbales.</p>	<p>6.1 Se registró mediante la presentación de tres imágenes, las cuales deberán ser nombradas por el usuario. 6.1 Se registró, a través de la nominación de objetos, partes del cuerpo, también mediante respuestas denominativas y completación de oraciones. 6.2 Se registró mediante la presentación de dos oraciones emitidas por el evaluador, las cuales deberán ser repetidas por el usuario lo más parecidas a las presentadas. 6.2 Se registró mediante la presentación de palabras aisladas y oraciones, las cuales deben ser repetidas por parte del usuario. 6.3 Se registró a través del seguimiento de órdenes que entrega el evaluador al usuario y material verbal complejo. 6.3 Se registró mediante la lectura de órdenes escritas. 6.4 Se registró a través de la lectura de palabras y frases. 6.5 Se registró mediante la solicitud de escritura espontánea, dictado, copia. 6.6 Se registró mediante una conversación espontánea y la descripción de la lámina 1 del test de Boston. 6.7 Se registró mediante la entrega de dos palabras por</p>
---------------------	---	--

		<p>parte del evaluador, en donde el usuario deberá encontrar la similitud.</p> <p>6.7 Se registró mediante la solicitud de información de palabras dichas por el evaluador.</p> <p>6.7 Se registró mediante la entrega de dos palabras por parte del evaluador, donde el usuario deberá mencionar su semejanza.</p> <p>6.7 Se registró mediante la lectura de dichos por parte del evaluador al usuario, donde este último deberá explicarlos.</p> <p>6.8 Se registró por medio de la lectura de oraciones por parte del evaluador al usuario, donde este último debe explicar por qué razón son absurdas</p>
8. Cálculo.		7.1 Se registrará mediante la resolución de problemas matemáticos básicos.

3.4 Sujetos:

3.4.1 Población objetivo de estudio

La población que abarca este estudio corresponde a adultos con el diagnóstico de Esquizofrenia, entre los 29 y 70 años, los que pertenecen a la Fundación Rostros Nuevos, y reciben atención terapéutica de profesionales que pertenecen al Centro de Rehabilitación y promoción de la salud física y mental, ‘‘Fonohabilita’’, ubicado en la comuna de Estación Central, ciudad de Santiago de Chile.

3.4.2 Muestra

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación, en su quinta edición señalan que la muestra mínima para una investigación cualitativa corresponde a 30 casos. Por lo tanto nuestra muestra es de 30 usuarios con diagnóstico médico de esquizofrenia, los cuales están insertos en un contexto ambulatorio e institucionalizado.

Los Criterios de inclusión son pertenecer al centro Rostros Nuevos, tener diagnóstico médico de esquizofrenia, y poseer un consentimiento informado firmado por cuidadores acreditados.

Se consideran criterios de exclusión la imposibilidad de realizar el debido proceso de consentimiento informado, usuarios con diagnóstico de Déficit Intelectual.

3.4.3 Tipo de muestra

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, ya que se seleccionan sujetos siguiendo criterios de inclusión y exclusión con el fin de que la muestra sea representativa.

3.4.4 Procedimientos

Se aplicarán las pruebas de MOCA versión española y el protocolo de evaluación cognitiva-lingüística de Rafael González, ambos descritos en el punto 3.4.5 y adjuntos en anexos.

Las pruebas serán realizadas en cada uno de los centros de Rostros Nuevos que participen en la muestra. Se estima aplicar ambas pruebas el mismo día considerando 45 minutos para la aplicación de las pruebas por usuario y un máximo de 15 minutos como extensión. La sala en donde se aplicaran las pruebas debe estar libre de estímulos distractores visuales y auditivos, contar con la iluminación y ventilación adecuada, contar con una mesa para cuatro personas con 3 sillas cómodas.

Los instrumentos de evaluación estarán impresos, ambos en carpetas diferentes con sus respectivos estímulos impresos.

Todo el material será transportado en una caja plástica con tapa. Los resultados escritos serán archivados, foliados, y guardados en carpetas.

3.4.5 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos, en base a lo planteado anteriormente, con el fin de determinar el perfil cognitivo-lingüístico corresponden al test de Moca y Protocolo Cognitivo-Lingüístico de RG.

3.4.5.1 Evaluación Cognitiva Montreal (Montreal cognitive assessment / MoCA)

Este instrumento se creó con el objetivo de ser aplicado para evaluar el estado cognitivo general, principalmente en déficit cognitivos leves, el cual examina las siguientes habilidades: Atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales, cálculo y orientación. (Anexo 1)

3.4.5.2 Evaluación Cognitiva-Lingüística RG

Este instrumento fue creado en el año 1993 por Rafael González y Vivien Leaguer. Está compuesto por 14 ítems los cuales permiten analizar el funcionamiento cognitivo de una persona. Es decir, se evalúa el estado cognitivo general, las habilidades como la orientación, memoria, atención, lenguaje, etc. (Anexo 2)

3.5 Plan de análisis de datos:

En primer lugar los datos obtenidos en cada test aplicado serán tabulados sobre una planilla excel con cada subitem evaluado. Una vez tabulados, los datos serán traspasados al programa de análisis de datos estadísticos SPSS. Donde se realizarán estadísticas descriptivas de los datos obtenidos en cada test aplicado, contemplando promedio de puntajes obtenidos en cada test, media, mediana, moda, varianza, percentiles.

Se incluirán pruebas de Hipótesis por medio de la prueba T de student para una sola muestra, comparando los valores de normalidad propuestos en cada test con los datos obtenidos respectivamente a fin de visualizar diferencias estadísticamente significativas.

Consideraciones éticas

Para la protección de los sujetos que serán parte de esta tesis e investigación, los lineamientos éticos generales se han planteado en función de los principios establecidos en el reporte de Belmont considerando también los establecidos por la OMS.

Por lo tanto:

- Se respetará el principio de autonomía, a través de la entrega de un consentimiento informado a cada sujeto que participe de la muestra.
- La participación de los sujetos no significa, en lo absoluto, una experiencia negativa que afecte el bienestar físico y mental de los participantes, respetando el principio de la no maleficencia.

- Del mismo modo, el presente estudio pretende generar una base de datos concreta que aporte al conocimiento y manejo de la enfermedad en estudio como herramienta de contribución positiva para los usuarios en estudio, terapeutas, profesionales afines e investigadores.
- Por último, el desarrollo de la investigación ha considerado la equidad en la repartición de cargas para quienes participen como sujetos de estudio e investigadores contemplando criterios de inclusión y exclusión concordantes con las características de la enfermedad y el principio de Justicia.

En general, La conducta que asuman los investigadores ha de considerar la utilización de consentimiento informado, valoración de beneficios y riesgos, y la selección por medio de criterios de inclusión y exclusión de cada sujeto en la muestra.

RESULTADOS

CAPÍTULO IV

En este capítulo presentaremos los resultados de nuestra investigación. Estos fueron obtenidos a través de la aplicación de los Test de evaluación; Test de MoCa y Protocolo Cognitivo Lingüístico (González y Leguer, 1993), los cuales nos entregan información cuantitativa y cualitativa sobre el perfil cognitivo lingüístico de estos usuarios.

Un total de 30 fueron los usuarios con Esquizofrenia evaluados con dichos test, de los cuales 18 fueron de sexo femenino, los que representan al 60% de la muestra, y 12 de sexo masculino, los que corresponden al 40% de la muestra. Los usuarios que conforman la muestra asisten de manera ambulatoria, o bien permanecen institucionalizados en la Fundación Rostros Nuevos, del Hogar de Cristo, en la comuna de Estación Central, Santiago de Chile.

El MoCa es un test que nos entrega información cuantitativa, acerca el desempeño del usuario, es decir, representa una prueba de cribado, la cual, entrega información sobre el rendimiento cognitivo global del usuario, permitiendo pesquisar indemnidad o alteración de las diferentes funciones cognitivas.

Este test se divide en 8 ítems, los cuales son; Visuoespacial/Ejecutiva, Identificación, Memoria, Atención, Lenguaje, Abstracción, Recuerdo diferido y Orientación, otorgando puntaje a cada uno de ellos. Sin embargo, para nuestra investigación el orden de los ítems fueron modificados, incluyendo dentro del ítem de lenguaje las subvariables; denominación, repetición y capacidad de abstracción, dejando fuera la subvariable fluidez verbal, la que es incluida dentro del ítem de funciones ejecutivas.

Tabla N°1: Puntaje máximo para cada ítem en test de MoCa

Ítem	Sub-ítem	Puntaje máximo
Funciones ejecutivas	Planificación	1
	Fluidez verbal	1
Función visuoespacial	Copia de un cubo	1
	Copia de un reloj	3
Lenguaje	Denominación	3
	Repetición	2
	Capacidad de abstracción	2
Atención	Atención sostenida	6
Memoria	Memoria diferida	5
Orientación	Orientación en tiempo	4
	Orientación en lugar	2
Total		30

A continuación, describiremos el rendimiento cognitivo de los usuarios evaluados, presentando en tablas y gráficos el análisis cuantitativo obtenido en el Test de MoCa, en dichos gráficos se representará en color azul claro la cantidad de usuarios con respuestas deficientes, y en color azul oscuro los con respuesta adecuada; Cabe mencionar que en los gráficos de barras, cada par de barras, es decir una barra de azul claro con una de azul oscuro sumarán el total, ya sea de varones (12) , mujeres (18) o ambos sexos (30) según corresponda. Además de una descripción cualitativa que incluye a los dos test de evaluación.

El porcentaje de rendimiento fue calculado como la proporción entre la media obtenida por los resultados y el puntaje máximo del ítem.

4.1 Perfil Cognitivo en usuarios con Esquizofrenia de sexo Masculino

Tabla N°2: Resumen resultados evaluación cognitiva MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino

Medida	Atención	Orientación	Función ejecutiva	Memoria diferida	Visuoespacial	Cognitivo
Máximo	6	6	2	3	4	17
Mínimo	0	4	0	0	1	7
Media	3.25	5.67	0.5	1.25	2.42	13.08
Desviación estándar	1.96	0.65	0.80	1.06	1.31	3.32

Se puede desprender de la tabla N°2, que en el ítem de atención se obtuvo una media de 3,25 puntos, de un puntaje máximo de 6 puntos, lo cual corresponde a un 54,16%.

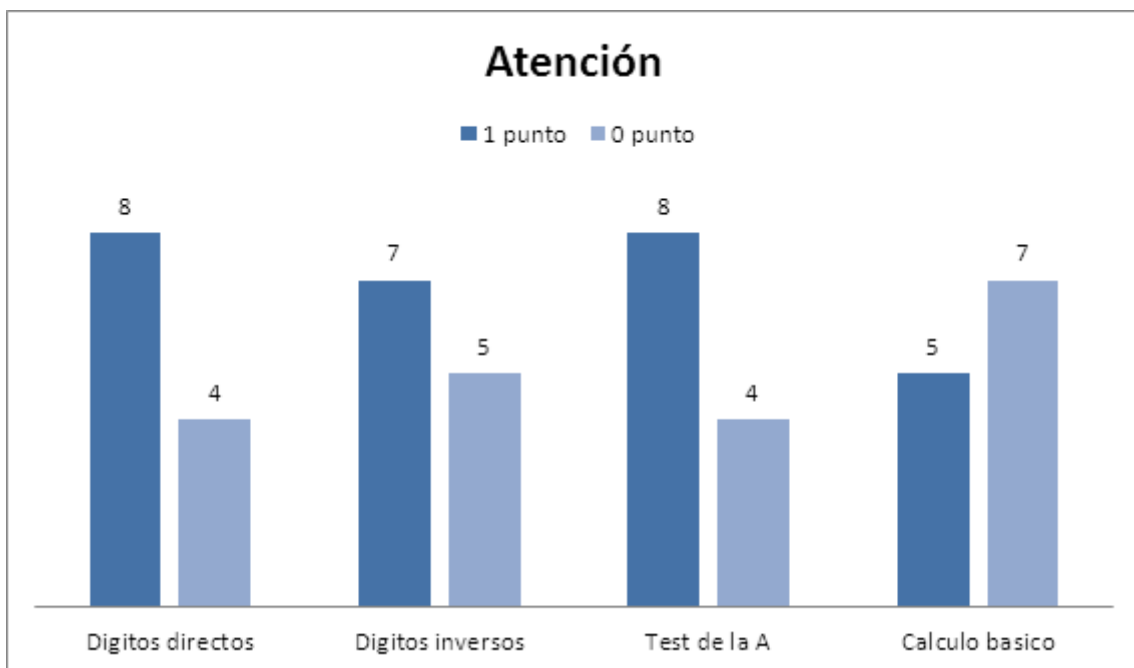


Gráfico N°1: Resumen de resultados del ítem de atención con test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino

Del gráfico N°1, podemos desprender que en el ítem de atención donde los usuarios varones presentaron un menor rendimiento, fue en el de cálculo básico.

El 58,3% de los usuarios de sexo masculino no logra realizar al menos 2 series de resta sucesiva de 7 en 7, el 66,7% logra realizar el Test de la A y un 58,3 no tiene problemas para la repetición de dígitos

inversos (es importante mencionar, que además aquí interviene la memoria de trabajo), al igual que el 66%, realiza sin dificultad la tarea de dígitos directos.

Estos resultados se correlacionan con las dificultades en cálculo y funciones ejecutivas, específicamente memoria de trabajo que presentan estos usuarios, ya que necesitan de estas, para la correcta realización de esta actividad.

En el ítem de orientación la mayor parte de los usuarios con esquizofrenia de sexo masculino, obtuvieron en promedio un puntaje muy cercano al máximo, 5,67, representando, un 94,5% de rendimiento, lo que nos señala que esta función cognitiva presenta una menor afectación. Sin embargo, el MoCa evalúa solo orientación espacial y temporal, mientras que en el Protocolo Cognitivo Lingüístico se evalúa además orientación de condición, en donde se realizaron 2 preguntas.

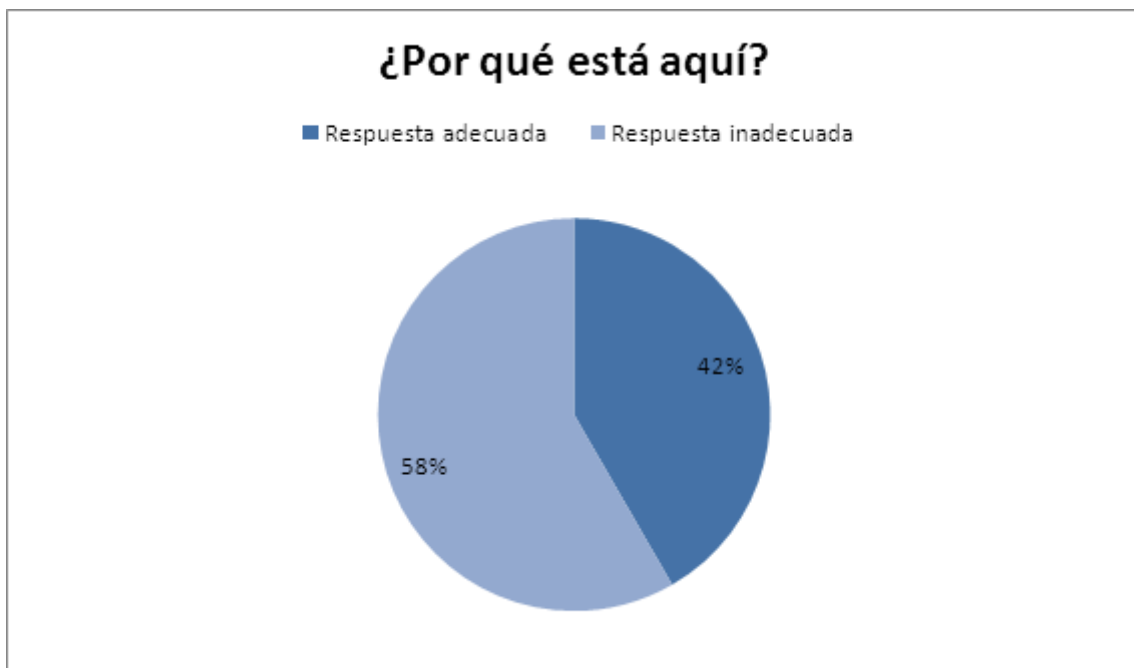


Gráfico N°2: Resumen de resultados de primera pregunta de Orientación de condición con Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino

Del gráfico N°2 se observa que el 58,3% de los usuarios de sexo masculino no fueron capaces de responder adecuadamente a la pregunta ¿Por qué está aquí?, mientras que un 41,7% si fueron capaces de responder adecuadamente. Algunos ejemplos de las respuestas obtenidas que fueron definidas como inadecuadas son: “Yo no debería estar aquí”, “Yo no tengo nada”, “Porque me gusta”, otorgándole puntaje cero a este tipo de respuestas.

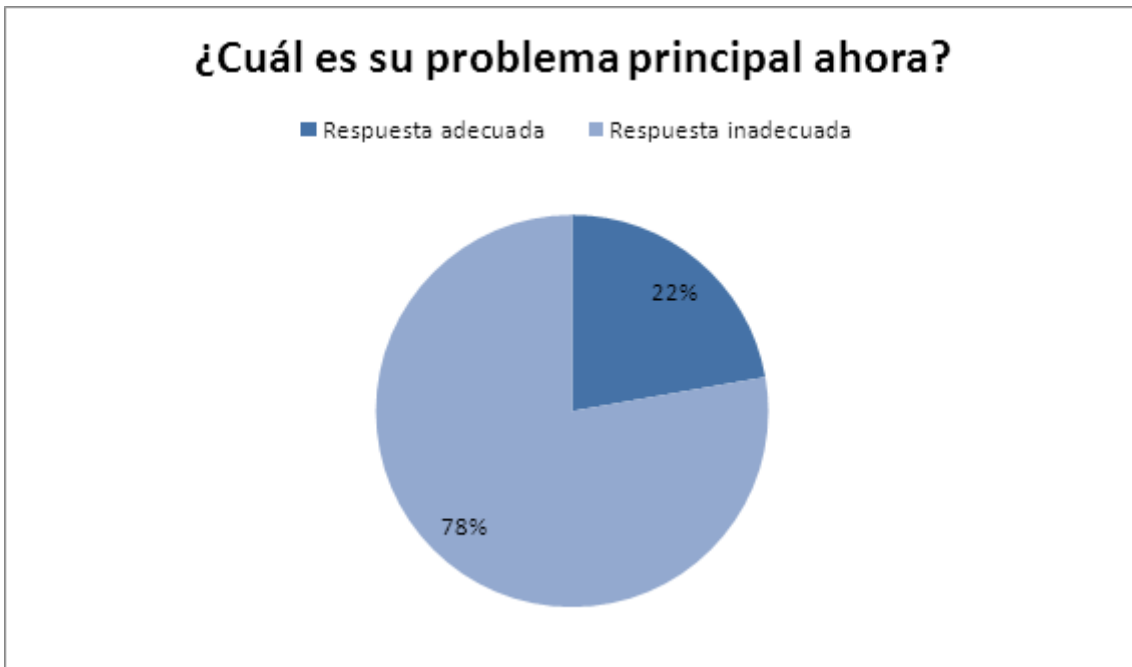


Gráfico N°3: Resumen de resultados de la segunda pregunta de Orientación de condición con Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino

Del tercer gráfico se obtiene que un 75% de los usuarios no fueron capaces de dar una respuesta adecuada a la pregunta ¿Cuál es su problema principal ahora? y solo un 25% si lo logró responder correctamente. Siendo la respuesta más común: “Yo no tengo ningún problema”, y lo que se esperaba era una respuesta con alusión a su diagnóstico médico.

De acuerdo a lo anterior podemos aseverar que estos usuarios presentan buen rendimiento en orientación temporal y espacial, no así en orientación de condición.

En el ítem de funciones ejecutiva se obtuvo un promedio de 0,5 puntos, siendo este un puntaje deficiente, ya que el puntaje máximo es 2 puntos. Lo que nos indica que los usuarios presentan muchas dificultades en este tipo de tareas.

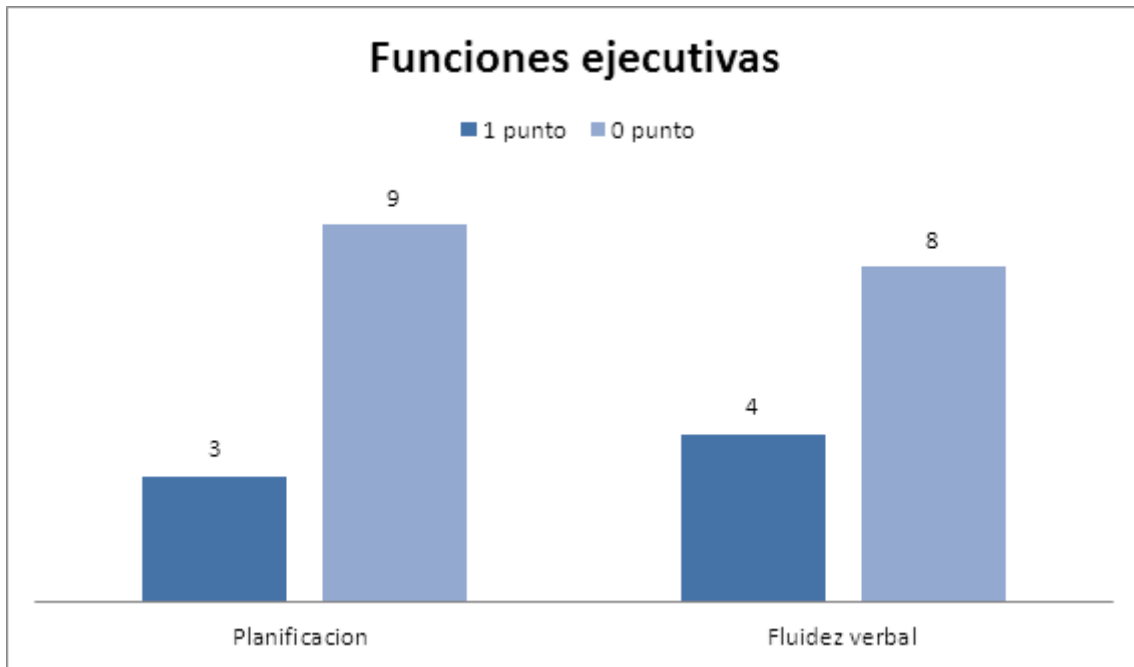


Gráfico N°4: Resumen de resultados en el ítem de Funciones ejecutivas en Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino

El gráfico presentado previamente observamos que 3 usuarios, es decir un 25% lograron realizar correctamente la tarea de planificación, por el contrario el 75% no logró realizar exitosamente esta tarea, de igual manera solo 4 usuarios (un 33,3%) lograron realizar correctamente la tarea de fluidez verbal. Estos resultados se correlacionan con el análisis cualitativo que se obtuvo en el Protocolo Cognitivo Lingüístico. A este, se suman las tareas de memoria de trabajo, resolución de problemas y raciocinio, observándose las mayores dificultades en las dos últimas.

En el ítem de memoria diferida la media es 1,25 puntos, de un total de 5 puntos, lo cual demuestra que los usuarios de sexo masculino presentan dificultades en esta habilidad.

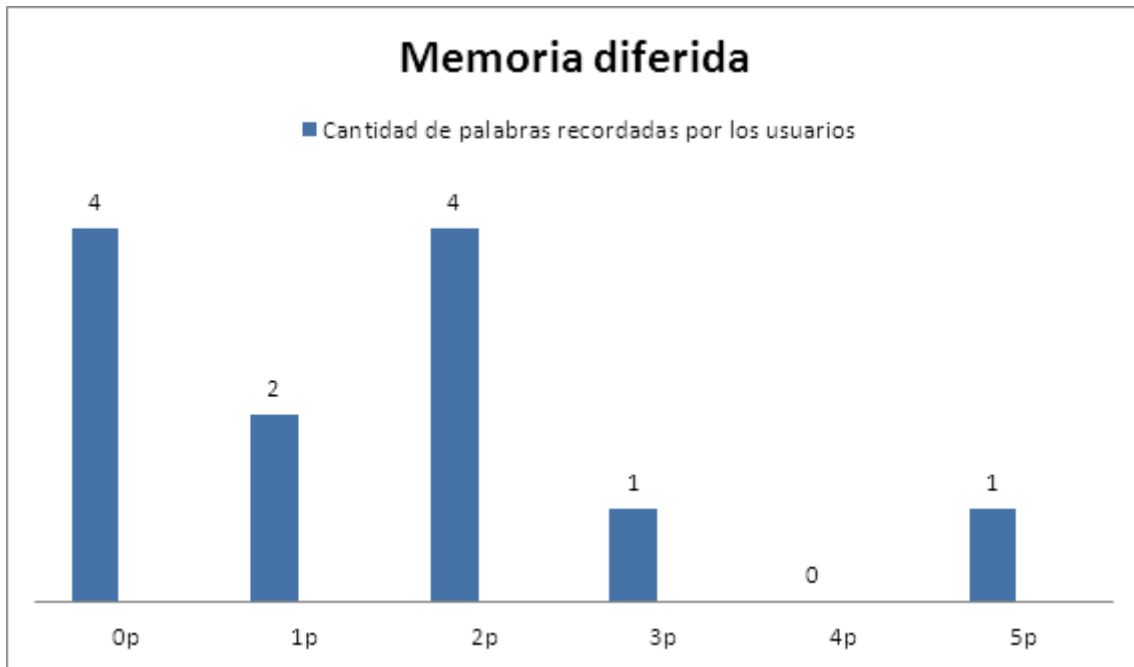


Gráfico N°5: Resultados de ítem de memoria diferida obtenido de Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino

En el gráfico de barras N°5 se puede desprender que el 83,3% de usuarios de sexo masculino no fueron capaces de recordar más de dos palabras, incluso el 33,3% de estos no recordó ninguna, solo un 16,6% evocó más de 2 palabras en recuerdo diferido. Paralelo a esto, en la tarea de memoria verbal diferida que se presenta en el Protocolo Cognitivo Lingüístico también se aprecia un déficit en esta habilidad, ya que según los resultados observados los usuarios no son capaces de recordar las ideas principales posterior a la lectura de un texto. Sin embargo, al realizarles preguntas de este mismo texto, evaluando memoria inmediata los resultados mejoran notablemente.

En relación a la memoria a largo plazo, los resultados son positivos, ya que en general los usuarios de sexo masculino logran responder sin dificultad los tres sub ítems correspondientes a este tipo de memoria.

En el ítem de habilidad visuoespacial la media fue de 4.2 puntos, los usuarios demostraron mayores dificultades en la figura tridimensional como en la copia de un cubo, donde no logran representar la tridimensionalidad con distorsiones en su forma, y en el dibujo de un reloj, en donde se observa que la mayoría logra dibujar el contorno de este, no así dibujar números y agujas en la hora indicada. En el Protocolo Cognitivo Lingüístico se evalúa esta habilidad de manera espontánea y a la copia, pero aquí son figuras con menor complejidad como cuadrado, triángulo, cruz, círculo siendo a la copia en donde se obtienen mejores resultados, y en general la mayoría de los usuarios en ambas tareas obtienen

buenos resultados. Es decir, estos usuarios mostraron resultados deficientes en figuras más complejas como lo son la copia de un cubo y el dibujo de un reloj.

4.2 Perfil Cognitivo en usuarios con Esquizofrenia de sexo Femenino

Tabla N°3: Resumen resultados evaluación cognitiva MoCa en usuarios de sexo femenino

Medida	Atención	Orientación	Función ejecutiva	Memoria diferida	Visuoespacial	Cognitivo
Máximo	5	6	1	4	3	16
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Media	2	4.72	0.22	1.11	1.61	9.67
Desviación estándar	1.5	1.72	0.44	1.25	1.07	4.61

Se obtiene de la tabla N°3, que la media en el ítem de atención es de 2 puntos, lo cual es un puntaje deficiente, siendo el máximo de 5 puntos.

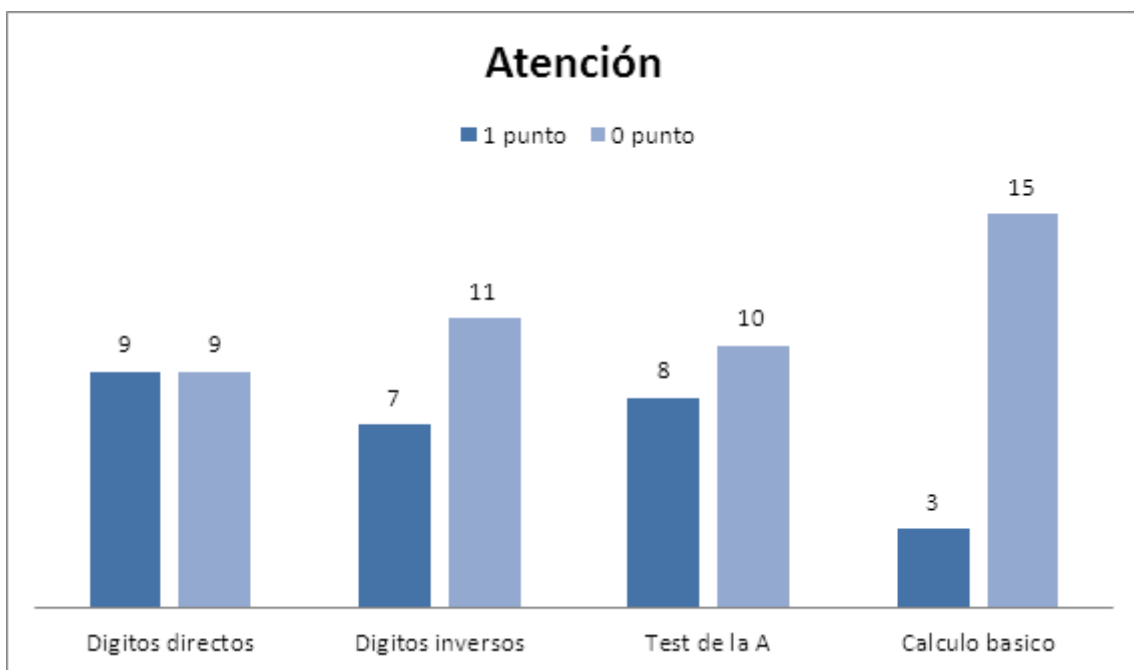


Gráfico N°6: Resumen de resultados del ítem de atención con test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia de sexo femenino

El 50% de las usuarias no lo logran realizar la tarea de dígitos directos, en relación a los dígitos inversos un 38,9% lo realizan correctamente y el 61,1% de las usuarias no lo realizan, en el Test de la

A el 55,6% no son capaces de realizar correctamente la tarea; de igual manera en cálculo básico (resta de 7 en 7), 1 punto representa usuarias que obtuvieron más de 2 puntos en la tarea, es decir 16,7% de estas y 0 puntos a las usuarias que obtuvieron menos de 2 puntos, lo cual corresponde al 83,3% de las mujeres.

Con estos resultados se puede observar que las usuarias con diagnóstico médico de esquizofrenia, presentan alteraciones en la atención, no obstante es importante no olvidar que estas actividades necesitan de las llamadas funciones ejecutivas, especialmente la memoria de trabajo, por lo que, está también estaría en déficit.

En el ítem de Orientación la media fue de 4,72, lo que corresponde a un 78,6% de rendimiento, en usuarias con diagnóstico médico de esquizofrenia de sexo femenino, las mayores dificultades se dieron al solicitarles el día del mes, mes y año en aproximadamente el 30% de estas. En relación, a la orientación de condición evaluada en el Protocolo Cognitivo Lingüístico, donde respondieron a 2 preguntas, se observan los siguientes resultados:



Gráfico N°7: Resumen de resultados de primera pregunta de Orientación de condición con Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarias con Esquizofrenia de sexo femenino

Un 56,6% de las usuarias no fueron capaces de responder adecuadamente la pregunta ¿Por qué está aquí?, entregando respuestas sin sentido, por ejemplo: “Porque vengo a jugar” “No se, porque estoy aquí”, “Porque necesito una pensión”, “Porque me entretiene”, entre otras respuestas.

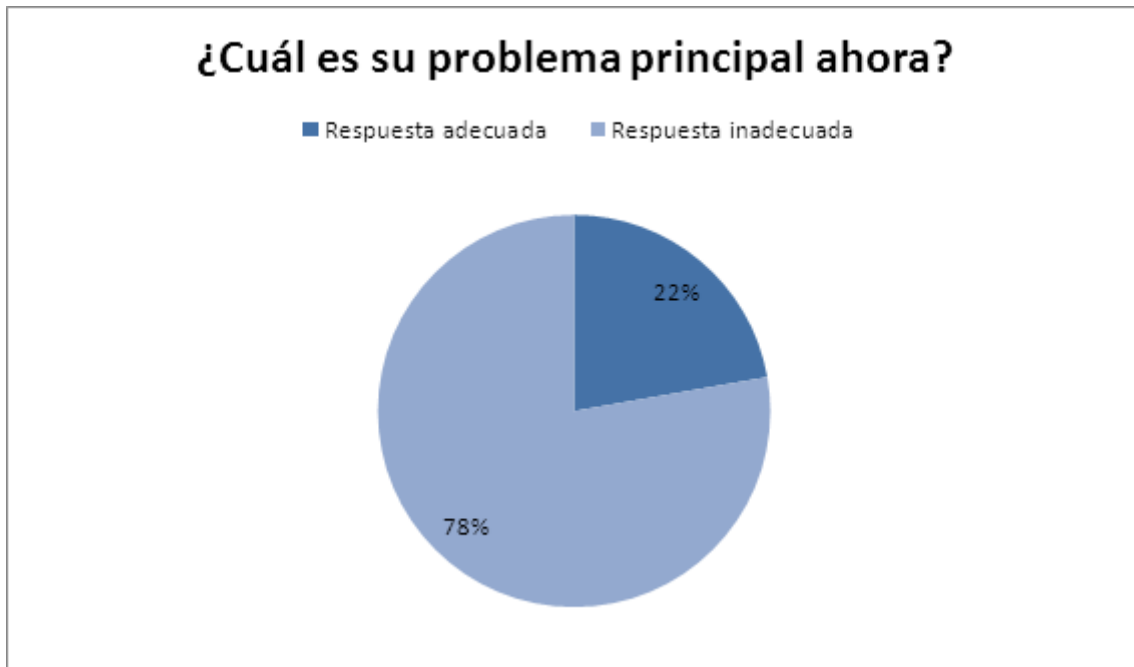


Gráfico N°8: Resumen de resultados de la segunda pregunta de Orientación de condición con Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo femenino

En relación a la pregunta ¿Cuál es su problema principal ahora? un 78% de las usuarias no logró entregar una respuesta adecuada a esta pregunta. Considerando como respuesta adecuada: "Porque tengo Esquizofrenia" o algo que orientara la respuesta a su diagnóstico.

En relación al ítem de orientación, se aprecia que las mayores dificultades se observan en relación a la orientación de condición, en la cual no son capaces de dar respuestas con un sentido lógico adecuado a su contexto.

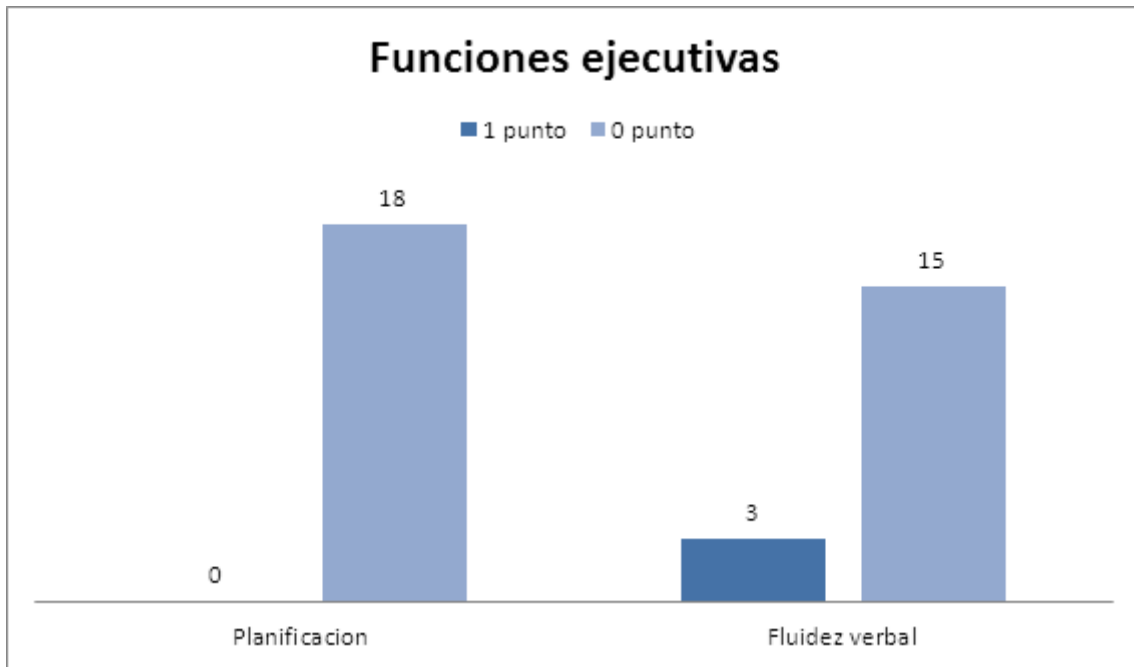


Gráfico N°9: Resumen de resultados en el ítem de Funciones ejecutivas en Test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia de sexo Femenino

El gráfico N°9 señala que la media obtenida en el ítem de funciones ejecutivas, corresponde a 0,22 puntos, o sea un 11% de rendimiento.

El 100% de las usuarias no realizó correctamente la tarea de planificación (TMT), y un 83,3% tampoco logra tarea de fluidez verbal fonémica.

Estos resultados son directamente proporcionales a los resultados obtenidos en el análisis del Protocolo Cognitivo Lingüístico, en relación a la memoria de trabajo, resolución de problemas y raciocinio, siendo en los últimos dos donde se aprecian mayores dificultades.

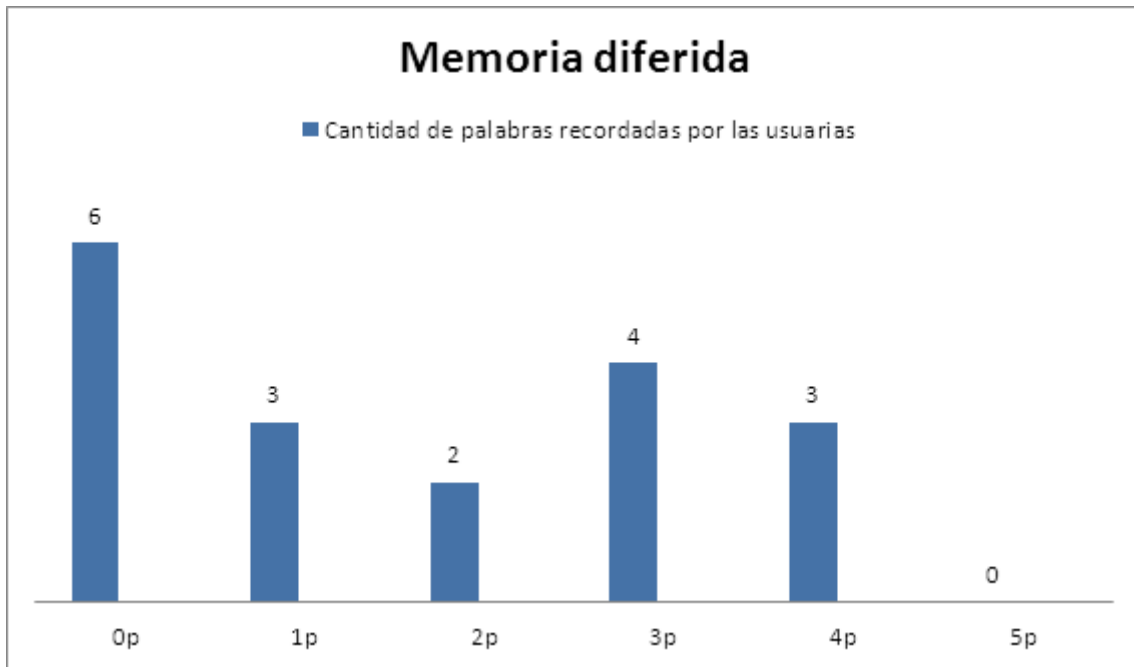


Gráfico N°10: Resultados de ítem de memoria diferida obtenido de Test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia de sexo femenino

En el ítem de memoria diferida la media es 1,11, representando un 22,2%. Del total de 18 usuarias evaluadas, 6 de estas no fue capaz de recordar ninguna de las palabras presentadas anteriormente, lo que corresponde a un 33,3%. Un 61,1% no logra evocar más de 2 palabras, siendo solo un 38,9% las que recordaron un total mayor a 2 palabras.

Estos resultados se correlacionan directamente con el ítem de memoria verbal diferida del Protocolo Cognitivo Lingüístico, donde se aprecia que ninguna de las usuarias es capaz de recordar todas las ideas del texto leído previamente, logrando recordar menos de la mitad de la información e incluso en algunos casos no recordar nada. Este mismo texto se evalúa de forma inmediata con la realización de 9 preguntas posteriormente leído el texto, en el cual los resultados son notablemente mejores en relación a los de memoria diferida.

En relación a la memoria a largo plazo, se aprecian buenos resultados en las preguntas realizadas de información histórica, en relación a la información geográfica los resultados son más bien regulares.

En las habilidades visuoespaciales un 66,7% de las usuarias no logra realizar la copia del cubo y un 78,8% solo dibuja correctamente la esfera del reloj, siendo solo una usuaria la que realiza correctamente este dibujo. En relación a las figuras evaluadas en el Protocolo cognitivo lingüístico

(cuadrado, triángulo, círculo, cruz) un 60% de estas son capaces de realizarlo adecuadamente y esto mejora a la copia de estas figuras.

En conclusión se puede mencionar que las habilidades de atención, memoria, especialmente memoria diferida y funciones ejecutivas son las más afectadas en usuarias de sexo femenino con esquizofrenia.

4.3 Perfil Cognitivo en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos

Tabla N°4: Resumen resultados evaluación cognitiva MoCa en usuarios de ambos sexos

Medida	Atención	Orientación	Función ejecutiva	Memoria diferida	Visuoespacial	Cognitivo
Máximo	6	6	2	4	4	17
Mínimo	0	0	0	0	0	0
Media	2.5	5.1	0.33	1.17	1.93	11.03
Desviación estándar	1.76	1.42	0.61	1.26	1.23	4.41

Siguiendo los resultados obtenidos en las tablas anteriores, se puede ver que el ítem de atención se obtiene una media de 2,5.

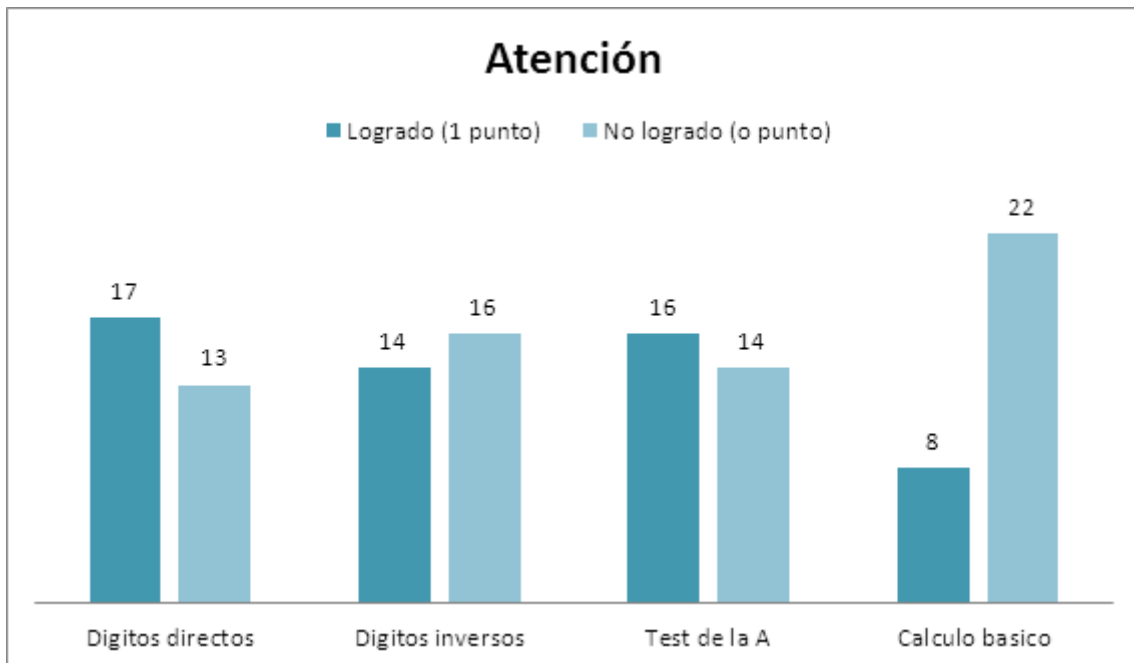


Gráfico N°11: Resultados de ítem de atención obtenido de Test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia de ambos sexos

Observamos que la tarea de mayor dificultad para el 73,3% del total de los usuarios es la de cálculo básico (resta de 7 en 7), la cual como se mencionó anteriormente requiere habilidades de cálculo, y memoria de trabajo para su correcta ejecución.

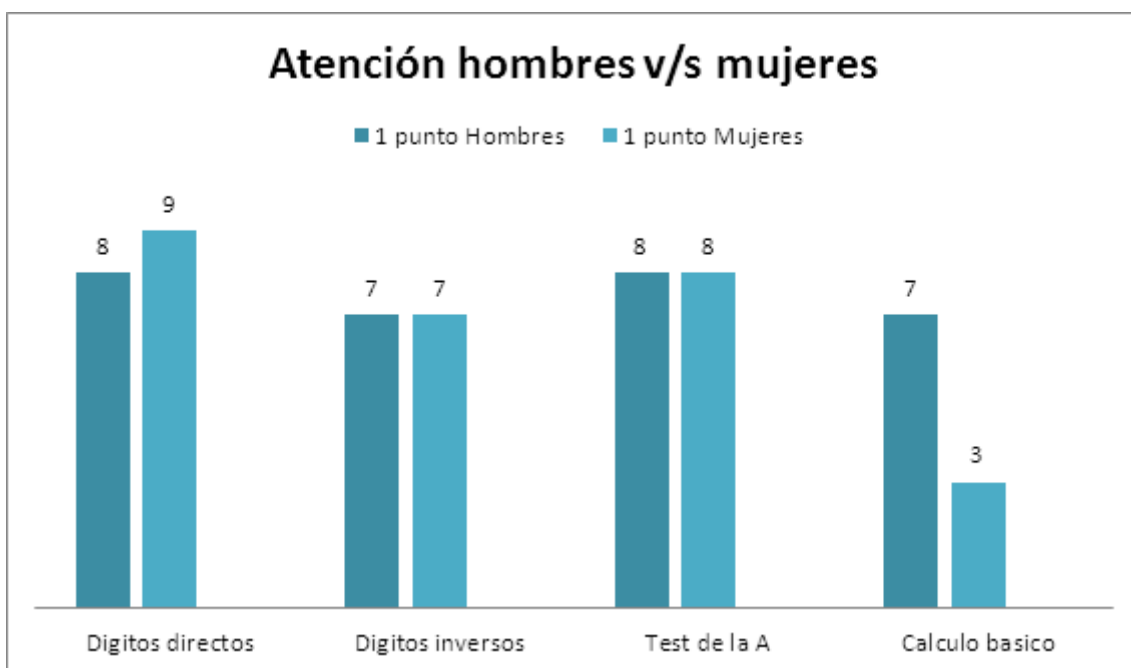


Gráfico N°12: Resultados en ítem de atención comparando cada sexo, obtenido de Test de MoCa en usuarias con Esquizofrenia

Impresiona el puntaje que obtuvieron hombres sobre mujeres en la tarea de cálculo básico, ya que 7 de 12 hombres logran realizar correctamente más de dos respuestas obteniendo dos puntos en este ítem, mientras que solo 3 de 18 mujeres logran alcanzar este puntaje.

En orientación fue la habilidad con el mejor rendimiento dentro de todos los usuarios, representando un 85% de eficiencia. Es importante no olvidar que este resultado representa a la orientación temporal y espacial evaluado en el Test MoCa, ya que en relación a la orientación de condición evaluada en el Protocolo Cognitivo Lingüístico.

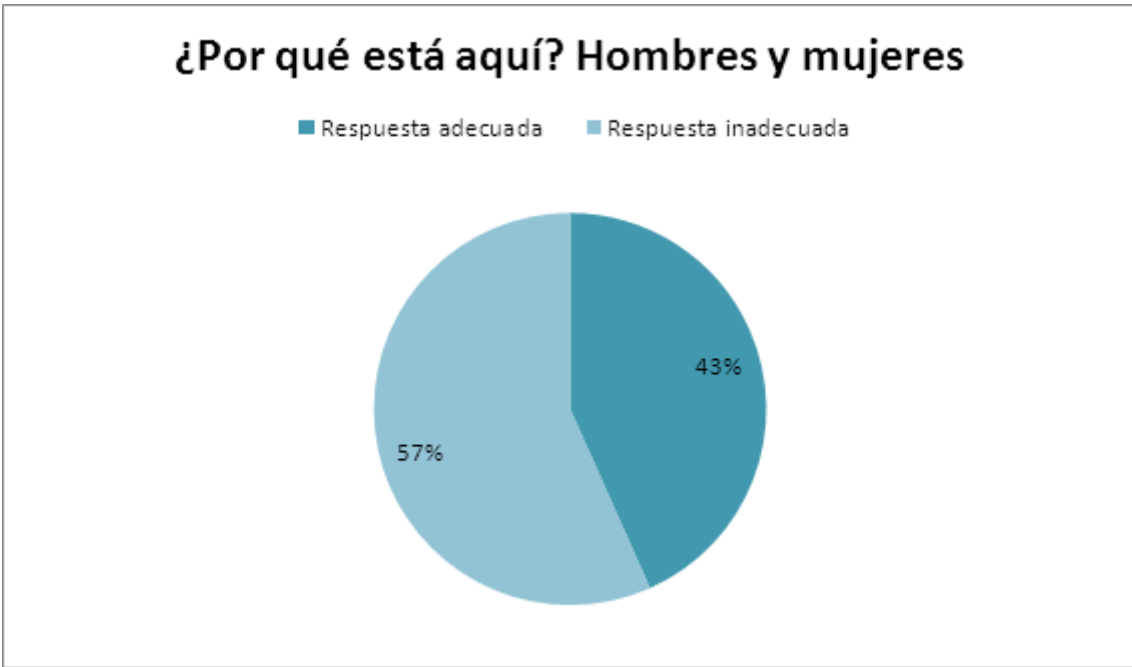


Gráfico N°13: Resultados primera pregunta de Orientación en condición obtenido de Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos

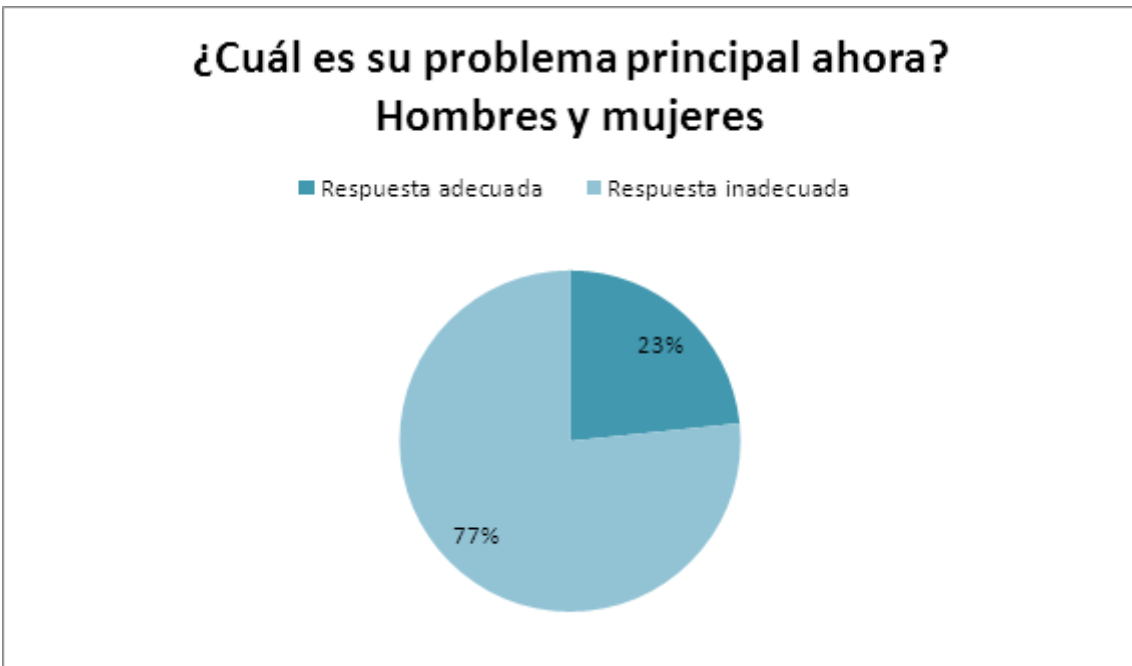


Gráfico N°14: Resultados segunda pregunta de Orientación en condición obtenido de Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos

Se concluye que tanto usuarias como usuarios con esquizofrenia presentan mejores resultados en cuanto a orientación espacio temporal, no así en orientación de condición.

En cuanto al ítem de funciones ejecutivas, esta es una de la funciones cognitivas más afectadas en este tipo de usuarios, en el siguiente gráfico circular se muestra el resultado que obtuvieron los usuarios en tareas de funciones ejecutivas en Test MoCa.

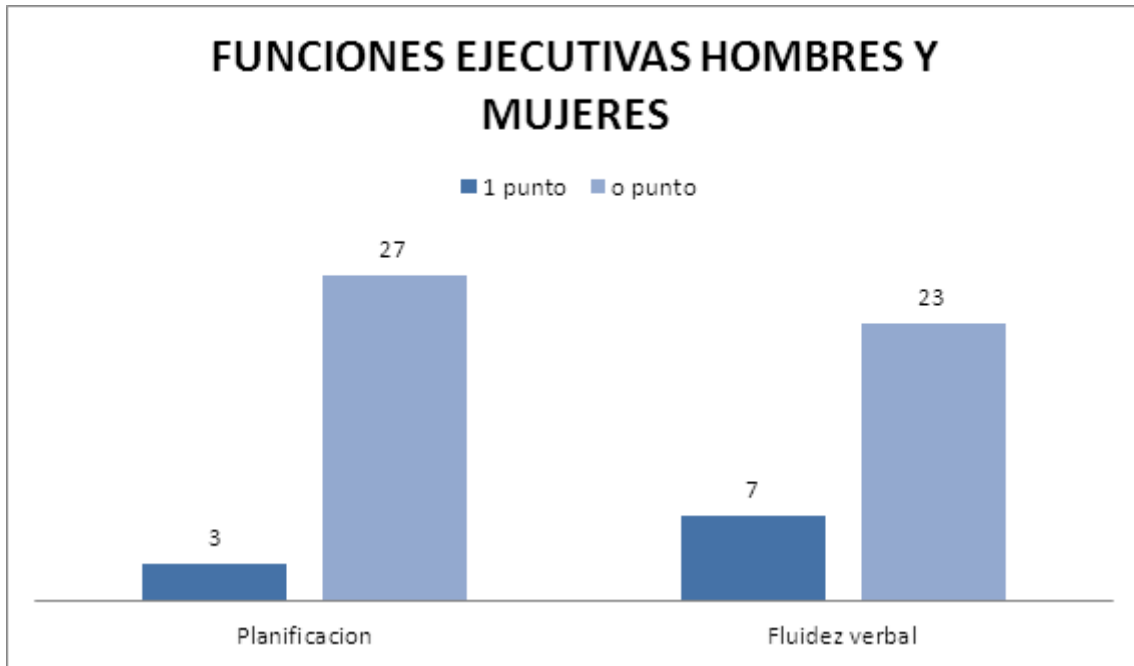


Gráfico N°15: Resultados de Funciones Ejecutivas con Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos

El 90% de los usuarios no logró realizar la tarea de planificación (TMT), de la misma forma un 76,7% no logró tarea de fluidez verbal fonémica, en relación a la evaluación de esta función cognitiva en el Protocolo Cognitivo Lingüístico, los resultados se correlacionan al mostrar grandes dificultades en tareas de memoria de trabajo, resolución de problemas y raciocinio.

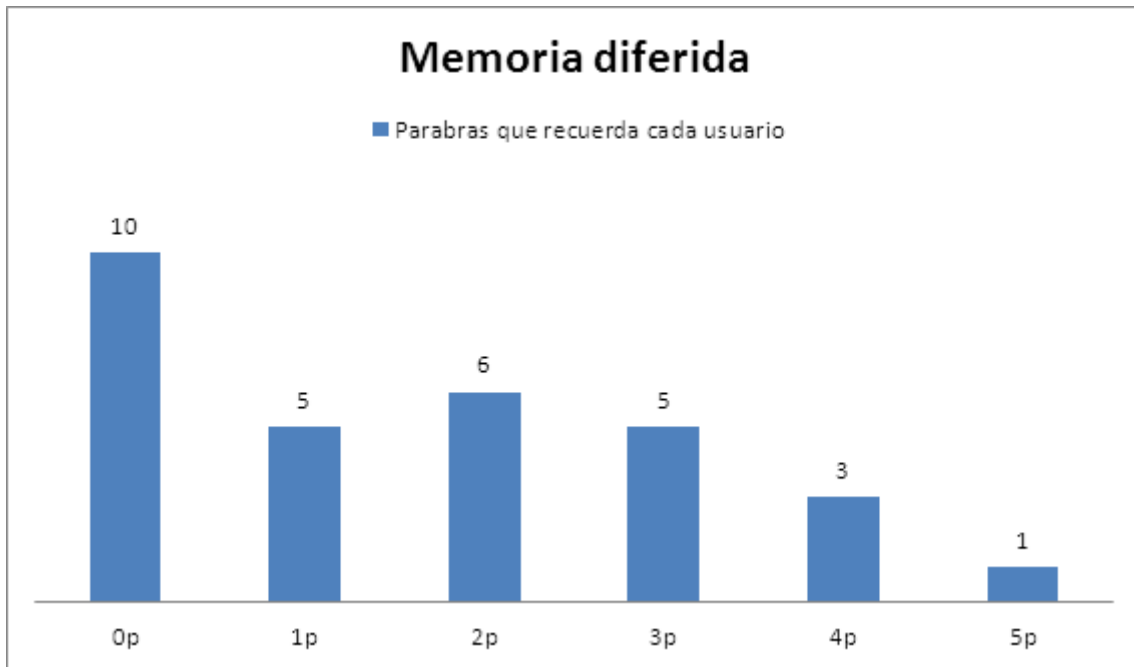


Gráfico N°16: Resultados de Memoria Diferida obtenido de Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos

Del gráfico anterior observamos que solo un usuario de sexo masculino fue capaz de recordar las 5 palabras, lo que representa a un 3,3% de la muestra y un 33,3% no recordó ninguna de estas palabras; de igual manera el 70% recordó menos de 2 palabras. Es importante mencionar que en la gran mayoría de los usuarios las pistas no los ayudaron a evocar el recuerdo de estas palabras, por lo que, se debe relacionar este déficit de igual forma con problemas de atención y memoria de trabajo. Estos resultados se relacionan directamente con los obtenidos en la tarea de memoria verbal diferida evaluada en el Protocolo Cognitivo Lingüístico, en el cual, los usuarios no son capaces de mencionar o relatar al menos el 50% de la información entregada previamente; no así en la evaluación de memoria inmediata de este mismo texto, al realizarles preguntas abiertas, obtuvieron buenos resultados, siendo capaces de responder correctamente aproximadamente el 70% de los usuarios. En relación, a la memoria a largo plazo los resultados son positivos tanto en información histórica como en información geográfica, sin embargo en el primero los resultados son notablemente mejores, existiendo muy pocos errores.

En las habilidades visuoespaciales, las mayores dificultades se apreciaron en la copia tridimensional de un cubo, donde el 43,3% de los usuarios lograron realizar esta copia, no así el 56,7% no puede representar tridimensionalmente el cubo con notorias distorsiones en su forma. En el dibujo de un reloj solo el 16,7% de la muestra logró dibujar correctamente la circunferencia, las manecillas y los números, un 70% solo dibujó la circunferencia confundiendo la posición de los

números o manecillas o ausencia de estas. Al solicitarle el dibujo de figuras geométricas, el rendimiento es mejor, siendo capaces de realizar estos dibujos, sin embargo esto incrementa notablemente a la copia de estos.

En los ítems de Funciones Ejecutivas y Memoria Diferida fue en donde se obtuvieron los resultados más bajos, observando un rendimiento medio de 16,67% y 23,3% respectivamente. El resultado general medio del perfil cognitivo obtenido en el test de MoCa fue de 11,03 puntos, teniendo un rendimiento general de 47,7%.

Haciendo una comparación entre los tres gráficos anteriores, se puede observar que la mayoría de los máximos fueron obtenidos por usuarios de sexo masculino, 5 de 6 ítems, solo faltando Memoria Diferida, mientras que en el caso de los usuarios de sexo femenino, se obtuvieron solo 2 de 6 máximos, siendo estos los ítems de Orientación y Memoria Diferida. En cuanto a los mínimos, se puede apreciar que los usuarios de sexo masculino obtuvieron 3 de 6 mínimos; Atención, Funciones Ejecutivas y Memoria Diferida, mientras que usuarias se obtuvieron mínimos en los 6 ítems.

Analizando todos los ítems, se puede desprender que todos los rendimientos medios fueron siempre superiores en el caso de usuarios de sexo masculino. Por lo tanto se puede concluir que el rendimiento cognitivo en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino es superior en 3,41 puntos al de las de sexo femenino, en otras palabras, los varones son un 11,37% superiores en el perfil cognitivo que las mujeres.

A continuación, presentaremos las tablas con el rendimiento lingüístico de los usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia de sexo masculino, femenino y ambos sexos.

4.4 Perfil Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino

Tabla N°5: Resumen resultados evaluación lingüística MoCa en usuarios de sexo masculino

Medida	Lenguaje
Máximo	6
Mínimo	3
Media	4.17
Desviación estándar	1.27

La Tabla N°5 muestra que en el rendimiento lingüístico de los usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino, obtuvieron una media de 4,17, una desviación estándar de 1,27. Esta media corresponde al 59,57%. Siendo los valores máximos y mínimos de 6 y 3 respectivamente.

Antes de comenzar el análisis lingüístico es necesario mencionar que los usuarios no mostraron dificultades a nivel comprensivo, ya que, no requieren de explicaciones más específicas y detalladas acerca de las instrucciones necesarias para llevar a cabo las tareas solicitadas. No obstante, el Protocolo Cognitivo Lingüístico evalúa comprensión verbal de órdenes y material verbal complejo, observándose también un buen rendimiento, esto quiere decir que los usuarios de sexo masculino con diagnóstico médico de esquizofrenia no tendrían dificultades en relación a la comprensión verbal.

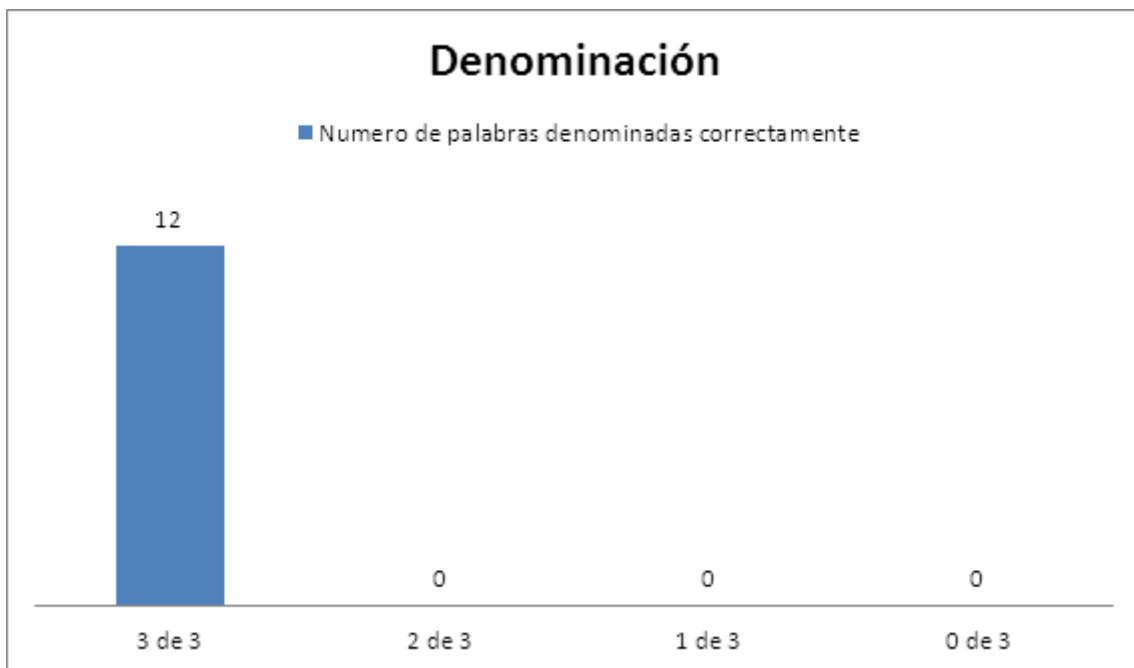


Gráfico N°17: Resultados en Denominación obtenido de Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino

A nivel de denominación evaluado en el Test de MoCa el 100% de los usuarios nominó correctamente las imágenes presentadas, es importante mencionar que no se consideraron problemas de denominación errores articulatorios, al ser estos un problema del habla no de lenguaje.

Estos resultados se relacionan directamente con los obtenidos en el Protocolo Cognitivo Lingüístico, en el cual los resultados tanto en denominación de objetos, partes del cuerpo, respuesta denominativa y completación de oraciones, fueron positivos, siendo el 100% de estos los que lograron realizar estas tareas con éxito.

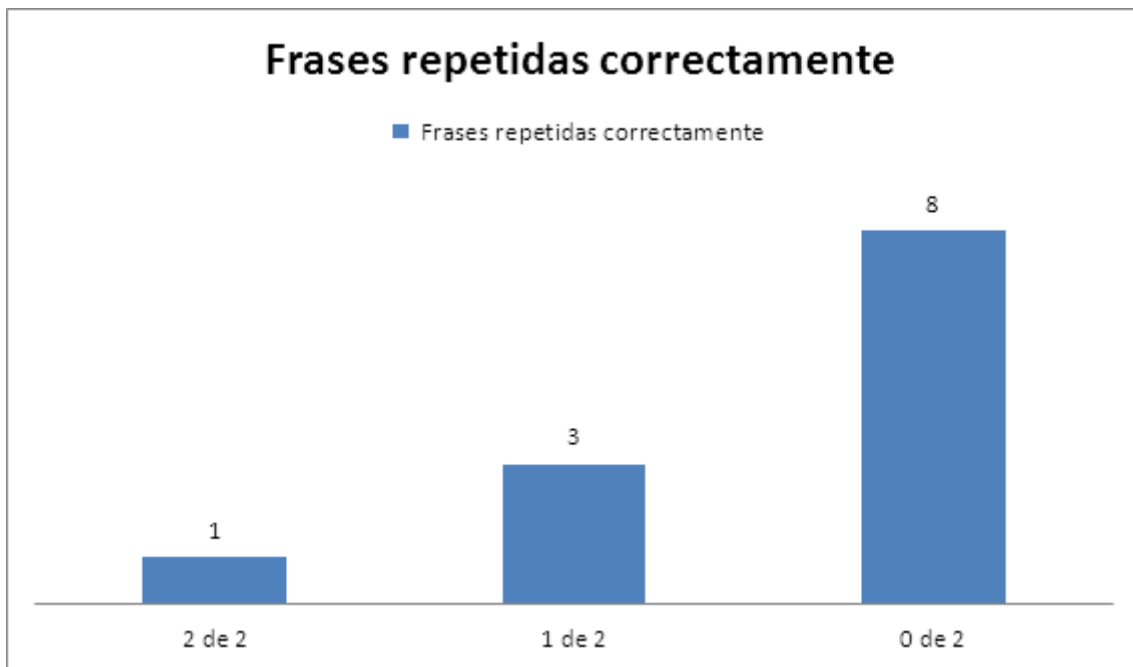


Gráfico N°18: Resultados en ítem de Repetición obtenido de Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino

En cuanto a la repetición, el 66,7% de la muestra no logró repetir correctamente las dos frases presentadas, lo que corresponde a un total de 8 usuarios. Un 25% repitió sin errores solo una frase y un 8,3%, es decir solo 1 usuario logró repetir correctamente las dos frases.

En el ítem de repetición del Protocolo Cognitivo Lingüístico, el cual consta de repetición de palabras aisladas y frases, el 100% de los usuarios logró repetir todas las palabras aisladas del test, sin embargo en concordancia con los resultados del Test de MoCa, se observó dificultades en la repetición de frases, siendo solo un 25% de los usuarios los capaces de repetir todas las frases correctamente.

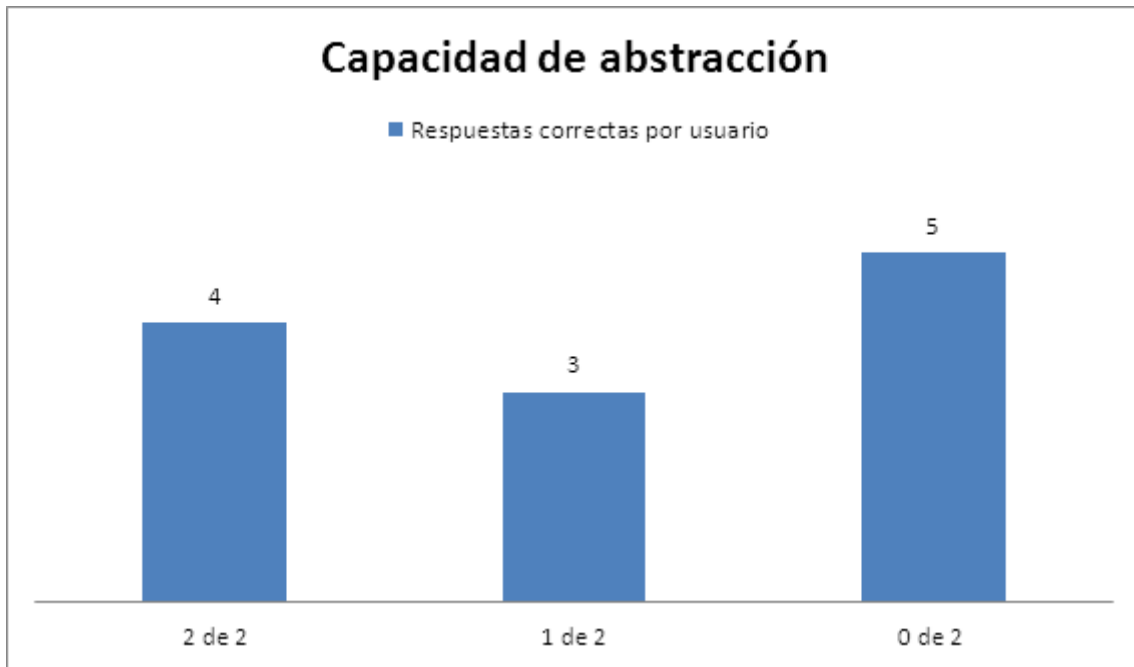


Gráfico N°19: Resultados en ítem de Abstracción obtenido de Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo masculino

El 33,3% de los usuarios respondieron correctamente a ambas preguntas de capacidad de abstracción del Test de MoCa. Un 25% responde correctamente solo una y un 41,7% responde de forma incorrecta, se considera de esta forma si el usuario responde de manera concreta o menciona no saber la relación entre ambos elementos.

Estos resultados son directamente proporcionales con los obtenidos en el Protocolo Cognitivo Lingüístico, en donde estos son deficientes tanto para las semejanzas como para la solicitud de información, obteniendo resultados más deficientes aún al solicitarle que explique el significado de tales dichos y el por qué las afirmaciones mencionadas son absurdas “absurdos verbales”, donde el 83,3% no fue capaz de explicar el por qué lo eran. Además fue necesario entrega del modelo previo a dicha actividad.

Otro aspecto evaluado en el Protocolo Cognitivo Lingüístico, fue lectura oral tanto de palabras como de frases, en las cuales el 100% de los usuarios lo lograron sin ninguna dificultad, este mismo rendimiento se observó en cuanto a la comprensión de lectura y escritura tanto espontánea, a la copia y dictado.

El discurso de estos usuarios será descrito dentro del Perfil Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos.

4.5 Perfil Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de sexo Femenino

Tabla N°6: Resumen resultados evaluación lingüística MoCa en usuarias de sexo femenino

Medida	Lenguaje
Máximo	7
Mínimo	2
Media	4.28
Desviación estándar	1.56

La Tabla N°6 nos enseña que el rendimiento medio en usuarias con Esquizofrenia de sexo femenino en el perfil lingüístico fue de 4,28 puntos con una desviación estándar de 1,56, lo cual corresponde a un 61,14%. El valor de rendimiento máximo obtenido por dichas usuarias fue de 7 puntos, es decir, el puntaje máximo a obtener, y el rendimiento mínimo fue de 2 puntos.

Las usuarias no requirieron de mayores explicaciones para poder llevar a cabo la evaluación, por lo que se puede inferir que tienen un buen rendimiento comprensivo, de igual manera como se menciona anteriormente el Protocolo Cognitivo Lingüístico evalúa comprensión verbal, tanto de órdenes como de material verbal complejo, en el cual se aprecian buenos rendimientos por parte de las usuarias.

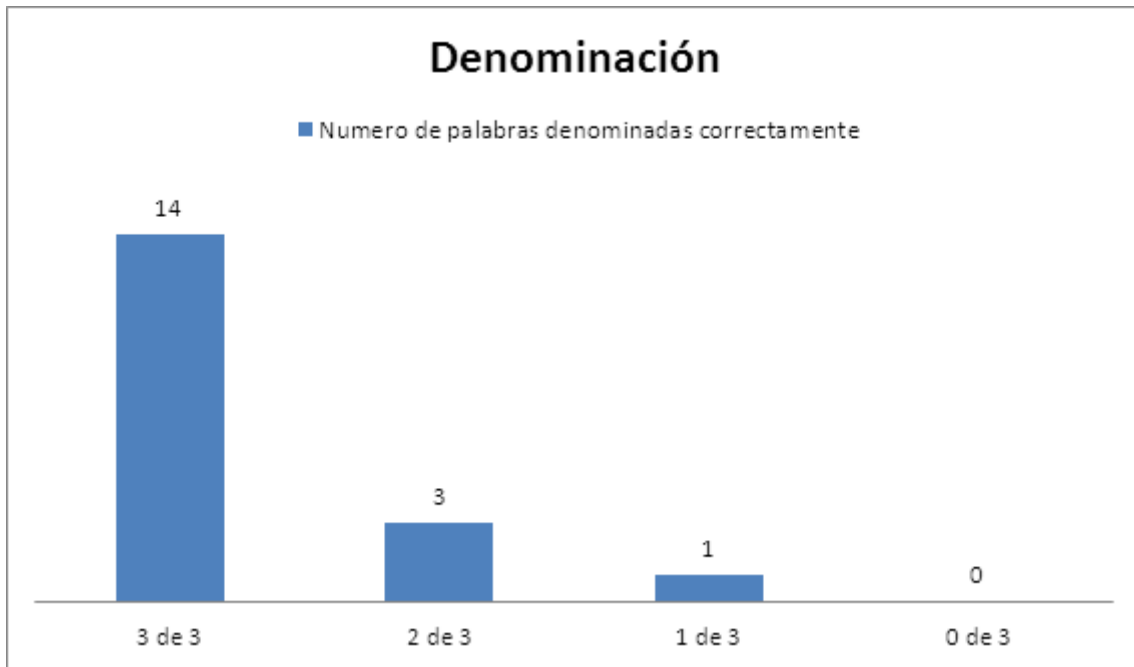


Gráfico N°20: Resultados de Denominación en Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo femenino

El 77,8% de las usuarias respondió correctamente a todos los estímulos presentados, un 16,7% emitió correctamente 2 de 3 y solo un 5,6% no fue capaz de responder correctamente ninguno de los estímulos. En los dos últimos casos, se observaron presencia de circunloquios, no logrando acceder a la palabra. En cuanto a los resultados obtenidos en el Protocolo Cognitivo Lingüístico, el 77,8% nominó correctamente los objetos presentados a través de láminas, un 88,9% nominó correctamente las partes del cuerpo, este mismo porcentaje respondió correctamente a la “respuesta denominativa” y un 66,7% completó bien las oraciones presentadas.

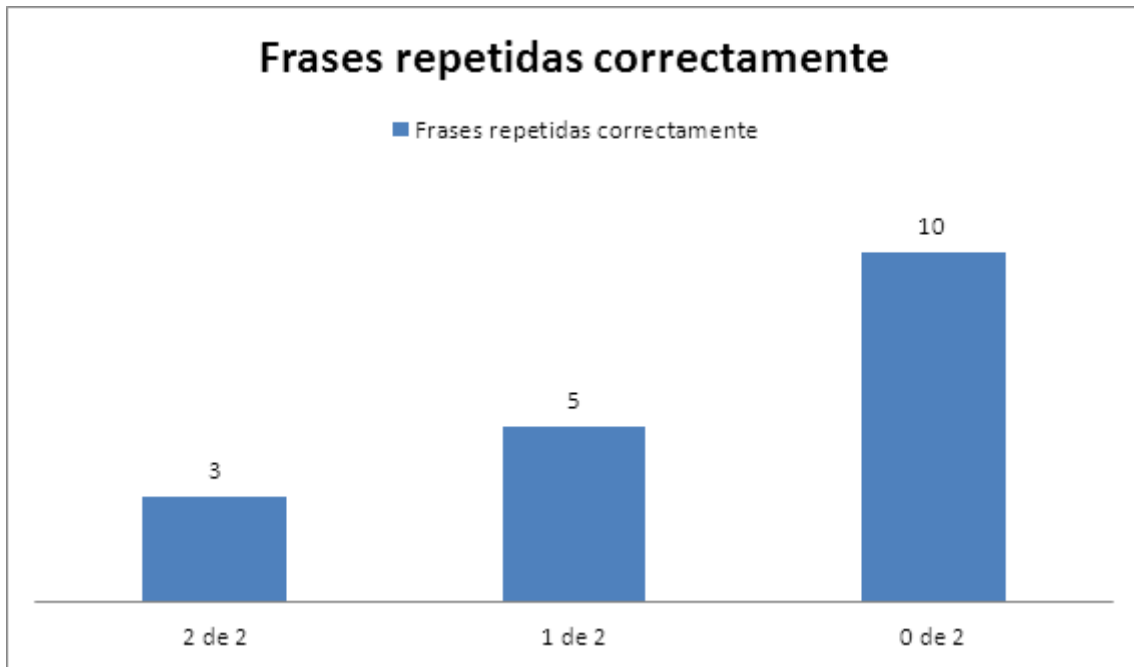


Gráfico N°21: Resultados de Repetición en Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo femenino

El 55,6% de la muestra no fue capaz de repetir correctamente ambas frases, un 27,8% repitió una frase y solo un 16,7% repitió ambas frases sin errores. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en el Protocolo Cognitivo Lingüístico, donde las usuarias presentaron dificultades en el ítem de repetición de frases, siendo un 11,1% las usuarias que no lograron repetir correctamente las 7 palabras aisladas.

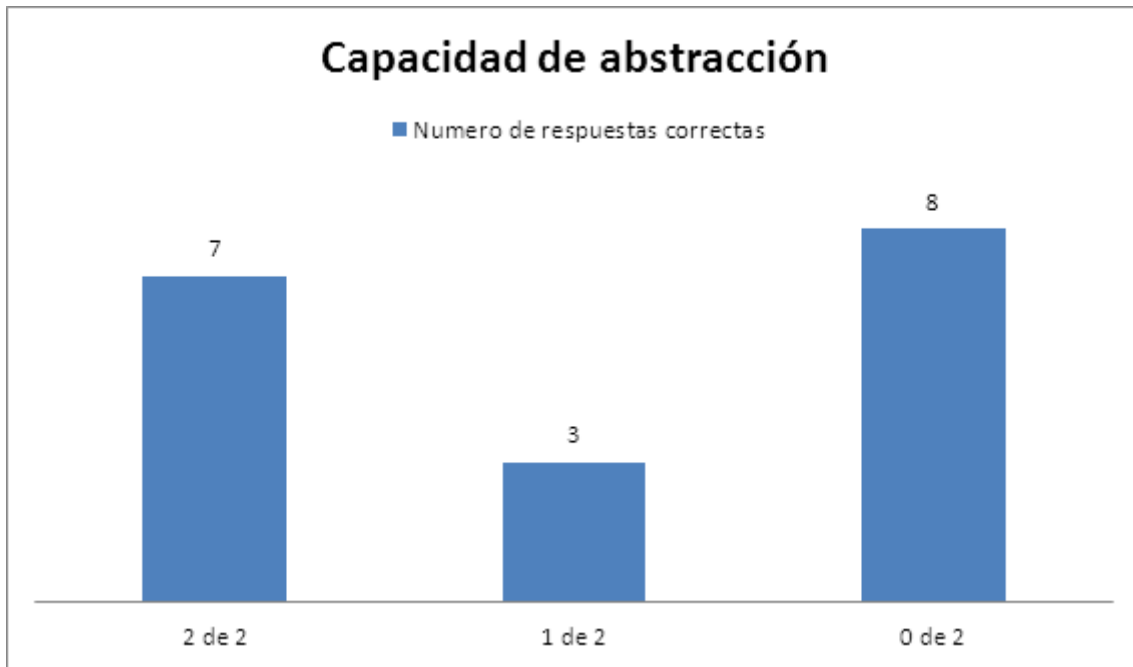


Gráfico N°22: Resultados de Capacidad de Abstracción en Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de sexo femenino

El 38,9% de las usuarias, obtuvieron ambas respuestas correctas en el subítem de Abstracción del test MoCa, un 16,7% lograron responder adecuadamente una de estas y el 44,4% no logró entregar ninguna respuesta correcta, dando respuestas concretas o simplemente mencionando que no sabían aquello que tenían en común ambos elementos. Estos resultados son directamente proporcionales con los obtenidos en el Protocolo Cognitivo Lingüístico en la tarea de semejanzas, ya que se obtuvo el mismo resultado que en el Test de MoCa, siendo solo 7 las usuarias que lograron responder correctamente. Mientras que, en cuanto a las tareas de entrega de información, dichos y absurdos verbales se obtuvieron resultados deficientes, pero siendo estos mejores a los obtenidos por los hombres.

El discurso de estas usuarias será descrito dentro del Perfil Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos.

4.6 Perfil Lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos

Tabla N°7: Resumen resultados evaluación lingüística MoCa en ambos sexos

Medida	Lenguaje
Máximo	7
Mínimo	2
Media	4.23
Desviación estándar	1.41

En la tabla anterior se puede revisar que el rendimiento medio del perfil lingüístico en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos fue de 4,23 puntos de 7, con una desviación estándar de 1,41 puntos. La media anterior representa 60,43% de eficiencia en las tareas del ítem de lingüístico. El valor mínimo y máximo obtenidos en este perfil fueron de 2 y 7 puntos respectivamente.

Al comparar las tres tablas anteriores se puede desprender que el máximo puntaje en el perfil lingüístico lo obtuvo una usuaria de sexo femenino, con 7 de 7 puntos. El valor mínimo lo obtuvo, también, una usuaria de sexo femenino, con 2 puntos. Esto, sumado a las desviaciones estándar calculadas, deja ver que los resultados obtenidos en usuarios de sexo masculino están más concentrados cerca de la media (Desviación estándar: 1,27 puntos) que en el caso del sexo femenino (Desviación estándar: 1,56 puntos), donde hay una mayor dispersión. Finalmente, si bien las medias son similares (una diferencia de 0,11 puntos), el sexo femenino, tiene una media superior al otro sexo. Por lo tanto, se puede aseverar que las mujeres tienen un rendimiento más alto en el perfil lingüístico que los usuarios de sexo masculino. Porcentualmente, las mujeres son superiores en un 1,57% por sobre los hombres.

A continuación observaremos el rendimiento lingüístico que obtuvieron los usuarios tanto de sexo femenino como masculino en relación a los diferentes sub ítems.

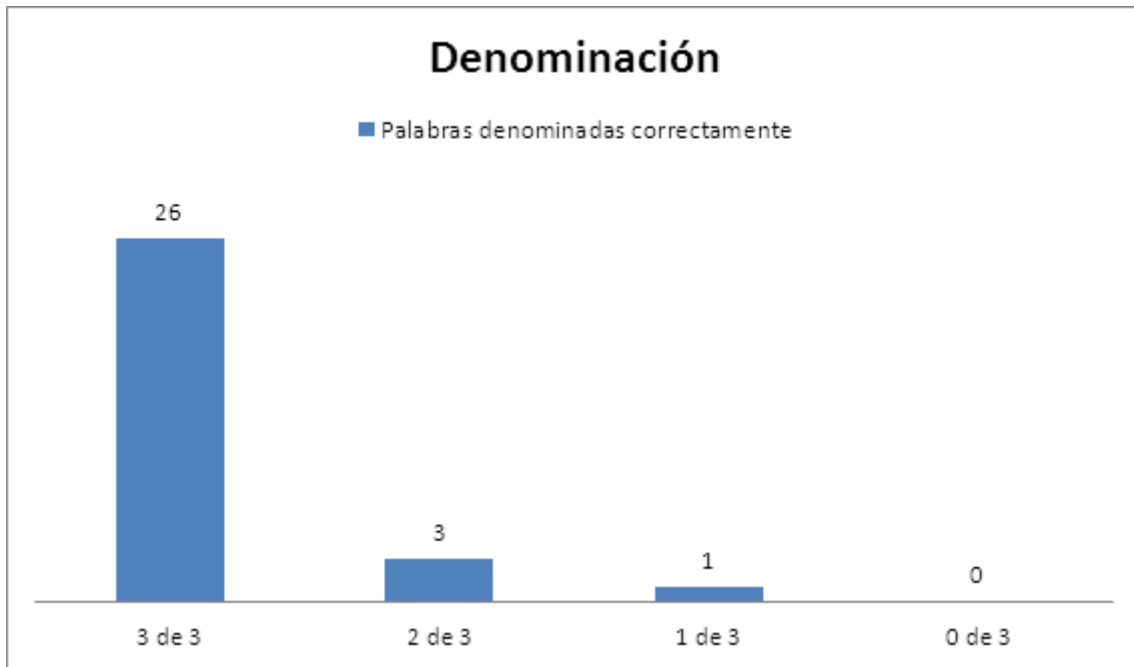


Gráfico N°23: Resultados de Denominación en Test de MoCa en usuarios con Esquizofrenia de ambos sexos

El 86,7% de la muestra logró nominar correctamente todos los estímulos presentados, un 10% nominó correctamente 2 de 3 estímulos y solo 3,3% respondió correctamente 1 de 3. Como se mencionó anteriormente, se distinguió errores de denominación a los falsos reconocimientos de figuras, utilización de circunloquios, no así, a la existencia de problemas de articulación, ya que como se nombró anteriormente este no es un déficit a nivel de lenguaje, sino de habla.

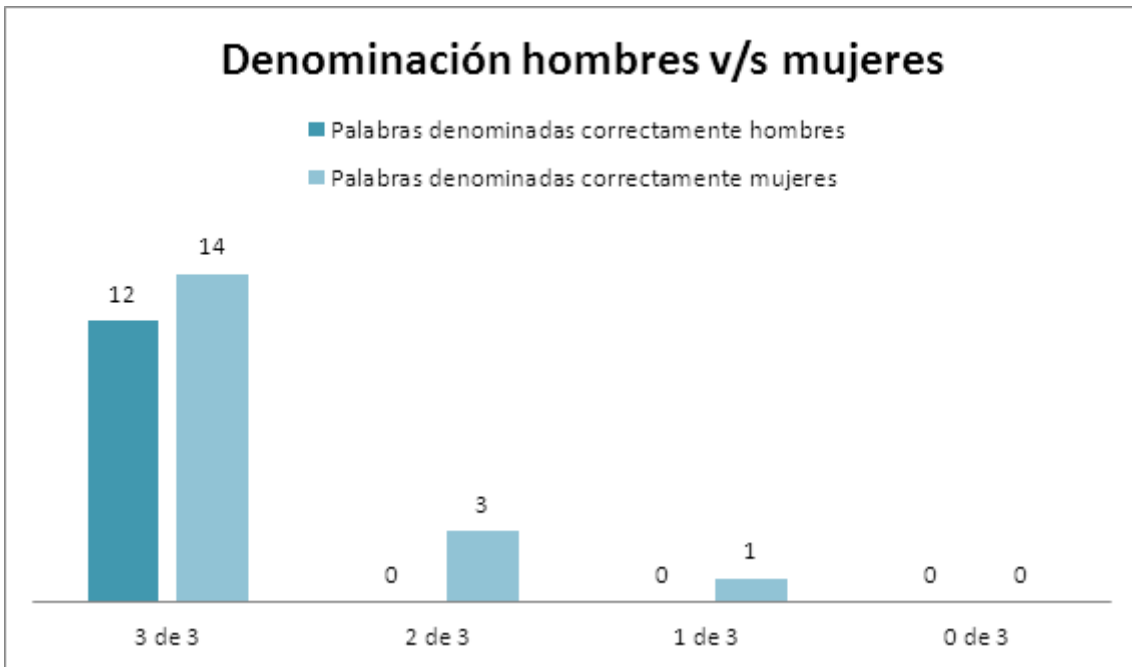


Gráfico N°24: Resultados de Denominación en Test de MoCa comparando ambos sexos

Como se pudo observar en el gráfico, los resultados son positivos para ambos sexos, ya que el 100% de los hombres logró realizar esta tarea, no así las mujeres, sin embargo 77,8% logró nominar las 3 palabras presentadas, lo cual corresponde a un porcentaje importante del total de la muestra de sexo femenino.

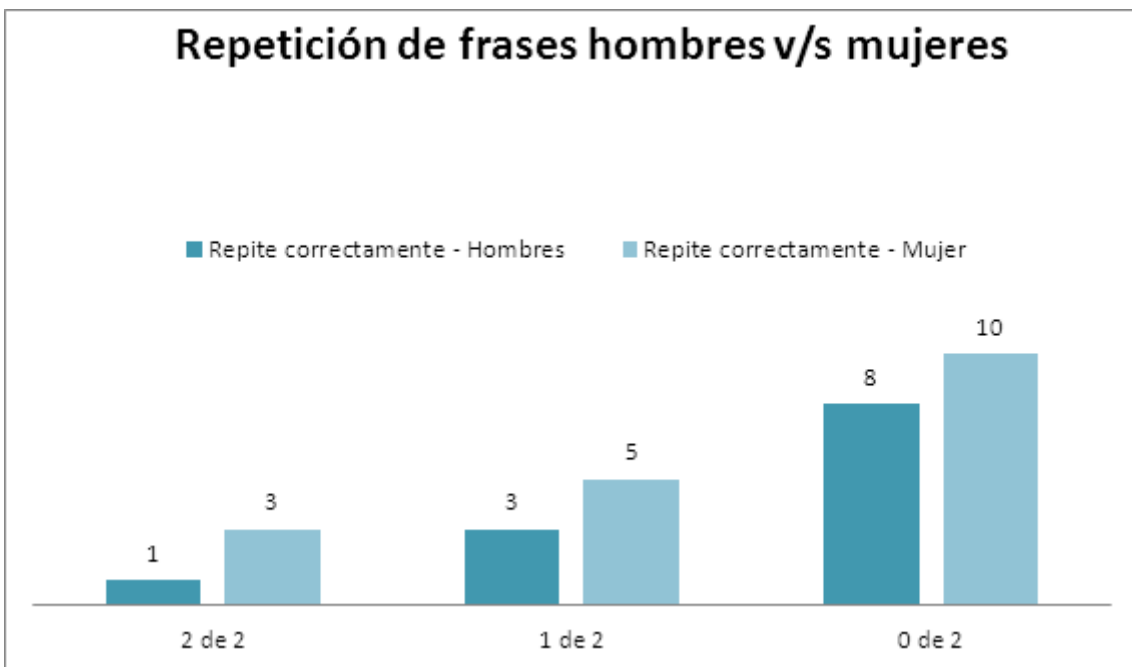


Gráfico N°25: Resultados de Repetición en Test de MoCa en ambos sexos

En el ítem de repetición se pudo observar que ambos grupos obtuvieron bajos resultados, siendo estos equitativos tanto para hombres como para mujeres tanto en el test MoCa como en el Protocolo Cognitivo Lingüístico. Es importante tener en cuenta que el grupo de mujeres es mayor al de hombres.

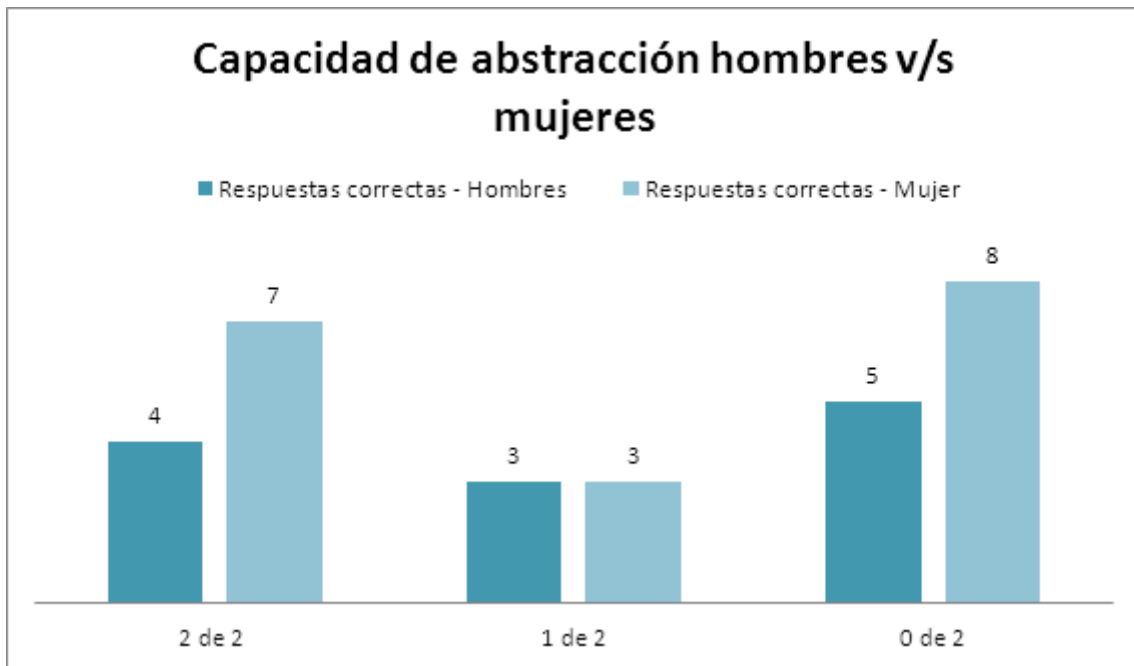


Gráfico N°26: Resultados de Capacidad de abstracción en test de MoCa y Protocolo Cognitivo Lingüístico en usuarios de ambos sexos

Ambos grupos en este ítem obtuvieron bajos resultados, siendo las mujeres las que obtuvieron mejores puntajes en comparación con los hombres, tomando en cuenta las evaluaciones de ambos test.

El análisis del discurso en esta investigación engloba tanto a hombres como a mujeres, ya que los resultados observados son semejantes para ambos grupos.

Se evaluó el discurso conversacional y descriptivo, a través del habla espontánea y la descripción de la lámina 1 del Test de Boston, teniendo en cuenta todos los componentes del discurso oral.

Dentro de el principio de cooperación (Grice, 1975) que incluye las máximas de cantidad, de relevancia, de manera y de cualidad, se observó que las tres primeras se encuentran notablemente afectadas, no se incluye en nuestro análisis la máxima de cualidad debido a que no se pudo corroborar la veracidad de la información entregada por parte de los usuarios.

A nivel lingüístico no existe una correcta organización y distribución de la información sobre un tema determinado, siendo un discurso conversacional carente en cuanto a coherencia y cohesión, existiendo errores en relaciones léxicas y gramaticales entre las palabras, es decir, no existen elementos que encadenan sus oraciones, lo que dificulta la comprensión del tema central por parte del receptor, ya que este tipo de personas suelen perder la idea principal de la conversación, y no logran llegar al objetivo final, o demuestran una incapacidad para la asociación de pensamientos dirigidos a un objetivo, falta de relación entre la pregunta y la respuesta, ya que presentan fuga de ideas, cambiando el tema ante cualquier estímulo externo, es decir, saltan de un tema a otro, hay distractibilidad, y finalmente no se concluye ninguna idea.

El perfil de la mayoría de los usuarios que componen la muestra se caracteriza por ser comunicadores pasivos, en general no inician una conversación, aunque si logran seguirla cuando esta es guiada por el interlocutor, responden a preguntas, sin embargo entregan mucha información innecesaria antes de entregar la respuesta adecuada.

A la observación de estos usuarios en su ambiente natural, llama la atención que se mantienen pasivos comunicativamente aunque se encuentren en grupo, ninguno inicia una conversación, ya que se aprecia que cada uno mantiene su atención sobre elementos diferentes, observándose individuos aislados dentro de un grupo en un mismo contexto.

En cuanto al discurso descriptivo a lo nombrado anteriormente se aprecia que los usuarios no lograron representar a través de palabras la imagen presentada, ya que solamente entregan información acerca de los elementos que más sobresalen de la imagen, omitiendo muchas de las ideas presentes en dicha ilustración.

A nivel paralingüístico se observó que los usuarios presentan emisiones con monotonía, utilizando una voz plana, sin inflexiones, sin cambios entonacionales, ni rítmicos, a esto se suma la monointensidad, ya que mantienen un volumen constante y carecen de variaciones normales de intensidad.

A nivel extralingüístico su expresión facial se encuentra alterada casi inerte y en parte se puede explicar por el mismo cuadro de esquizofrenia y el efecto dopaminérgico de los psicofármacos. Las manos parecen inmóviles, existe contacto ocular, sin embargo, la mayor parte de ellos no logra mantenerlo, percibiendo en general una mirada perdida en el infinito. En cuanto a proxémica no fue posible llegar a un consenso, ya que se observan comportamientos diferentes entre los usuarios,

algunos mantuvieron una correcta distancia con el interlocutor, mientras que otros se observaron más distantes, y en un porcentaje muy bajo estos invadieron el espacio del interlocutor manteniendo a una distancia extremadamente próxima. Sin embargo lo más frecuente respecto a este último aspecto es que mantuvieran una correcta proxémica.

Discusión

Capítulo V

Los Estudios mencionados en el capítulo II de la presente investigación señalan que los usuarios con alteraciones de salud mental específicamente esquizofrenia, presentan alteraciones cognitivas, principalmente en las funciones ejecutivas, memoria y atención. Y, por otra parte alteraciones lingüísticas, principalmente a nivel pragmático y discursivo. Interfiriendo estas alteraciones cognitivo lingüísticas en el funcionamiento social, laboral y la capacidad de vivir independientemente, mermando la funcionalidad de la persona.

Lo planteado anteriormente en los estudios, se avala con nuestra investigación, ya que, tanto en usuarios de sexo masculino y femenino, se observó que las funciones cognitivas más alteradas son las funciones ejecutivas, la memoria diferida y la atención. Sumado a un bajo rendimiento en las evaluaciones lingüísticas.

Es necesario mencionar en la discusión de nuestra investigación que la observación clínica de carácter cualitativo por parte de los profesionales de la fonoaudiología de las habilidades cognitivas-comunicativas de los usuarios con éste tipo de alteración de salud mental significa un verdadero desafío por la ausencia de protocolos de evaluación específicos que permitan por medio de una procedimiento de evaluación estructurado generar un plan de intervención integral. Es por esto que invitamos a los lectores a continuar trabajando en pos de la creación de un instrumento que pueda contribuir a superar ésta gran barrera.

Conclusión

Ésta investigación tuvo como propósito encontrar el perfil cognitivo-lingüístico en usuarios con diagnóstico de Esquizofrenia, para esto nos acercamos a la Fundación Rostros nuevos, ubicada en la comuna de Estación Central, Santiago de Chile. La muestra se conformó de 30 personas, de entre 29 y 70 años de edad siendo 12 de sexo masculino y 18 de sexo femenino.

Dentro del análisis se observó que las funciones cognitivas más alteradas fueron atención, funciones ejecutivas y memoria diferida, igualmente a nivel lingüístico, se aprecia un déficit en el discurso tanto a nivel lingüístico, paralingüístico y extralingüístico. Principalmente, se observó alteraciones en

cuanto a coherencia y cohesión, presentan fuga de ideas, lo que finalmente se traduce en que no logran concluir sus ideas, igualmente dentro del principio de cooperación (Grice, 1975) se aprecia déficit en las máximas de cantidad, relevancia y manera.

Resumen de resultados

Comparando el rendimiento cognitivo y lingüístico en usuarios varones se observó un 56,87% y un 59,57% respectivamente. De acuerdo con eso, aseveramos que los usuarios de sexo masculino con diagnóstico médico de Esquizofrenia tienen un rendimiento mayor en la capacidad lingüística que cognitiva. El rendimiento general de los usuarios varones según el Test de MoCa fue de 17,25 puntos, lo cual representa un 57,5% de eficiencia, con una desviación estándar de 3,91 puntos.

Realizando la misma comparación esta vez en usuarias con diagnóstico médico de Esquizofrenia, obtenemos un rendimiento cognitivo del 42,04% y un rendimiento lingüístico de 61,14%, obteniendo, al igual que en los usuarios del sexo opuesto, un mejor desempeño lingüístico que cognitivo. De manera general, señalamos que el rendimiento de estas usuarias en el Test de MoCa fue de 13,94 puntos en promedio, lo cual representa un 46,47% de eficiencia, con una desviación estándar de 5,73 puntos.

del mismo modo, comparando el rendimiento de ambos perfiles, es decir, cognitivo y lingüístico en ambos sexos, se observa que el rendimiento medio del perfil cognitivo fue de 11,03 puntos, representando un 47,95% de eficiencia, con una desviación estándar de 4,41 puntos. Por otra parte, en el perfil lingüístico se observó un rendimiento medio de 4,23 puntos, representando un 60,43% de rendimiento, con una desviación estándar de 1,41 puntos.

Este perfil está representado por 15,27 puntos de rendimiento de un total de 30 puntos, lo cual corresponde a un 50,9%, con una desviación estándar de 5,25 puntos.

De todos los usuarios de la muestra, quien obtuvo el puntaje más bajo fue una de sexo femenino, con 2 puntos en total, y, analizando el otro extremo, el puntaje máximo fue de 23 puntos, obtenidos por un usuario de cada sexo.

Se observó además, que la diferencia entre perfiles cognitivos y lingüísticos es mucho mayor en mujeres que en varones. Estas diferencias fueron de 19,1% y 2,7% respectivamente. Por otro lado, los perfiles de los varones están más concentrados cerca de la media, con una desviación estándar de 3,91 puntos, que en el caso de las mujeres, que fue mucho mayor (5,73 puntos).

Con respecto a los máximos y mínimos. En el perfil cognitivo el máximo fue de 17 puntos obtenido por un usuario de sexo masculino, en el perfil lingüístico fue de 7 puntos, obtenido por una usuaria de sexo femenino. Por otra parte, en cuanto a los puntajes mínimos, con respecto al perfil cognitivo,

lingüístico y total, 0, 2 y 2 respectivamente, fueron todos obtenidos por una mujer (la misma). Al comparar las medias entre hombres (17,25 puntos) y mujeres (13.94 puntos), se obtiene una diferencia de 3,31 puntos, lo que dicho en proporciones, sería un 11,03%.

Se observa que la dispersión de resultados en el caso de usuarios varones es poca, ya que los resultados en ambos perfiles se encuentran cercanos a la media, con una diferencia entre los puntajes máximos y mínimos de 13 puntos. No así en el caso de las mujeres, en quienes se nota mayor dispersión, siendo 21 puntos la diferencia entre los puntajes máximos y mínimos.

Se puede observar (Anexo 4), que los usuarios 24, 26, 27 y 30, los que destacan altos puntajes totales, siendo estos 2 hombres y 2 mujeres. En el otro extremo, observamos que los usuarios 4 y 25, ambas de sexo femenino obtuvieron los rendimientos más bajos del total de la muestra. Impresiona y cabe destacar el usuario 25, quien no obtuvo ningún punto en la medición del perfil cognitivo.

Límites y Alcances de la Investigación

La heterogeneidad de los rangos etarios, la diversidad de los subtipos de esquizofrenia, así como lo desigual del nivel educacional de los individuos que forman parte de la muestra, además del, aunque representativo, número muestral reducido constituyen las limitaciones con las que nos encontramos durante el desarrollo de la investigación.

No obstante, invitamos al lector: participante activo en el camino de generar conocimientos, a continuar con la línea de investigación por medio de investigaciones exploratorias, pues consideramos que existe aún poca información sobre la problemática expuesta que contribuya significativamente en la labor y el rol del fonoaudiólogo en Chile y el mundo; Investigaciones descriptivas, que puedan de igual forma presentar información detallada con la que los clínicos de fonoaudiología puedan contar para abordar a esta población en riesgo, así como a los futuros equipos de investigación, desde quienes esperamos surjan siempre interrogantes precisas abordadas desde investigaciones que continúen correlacionando las habilidades cognitivas y las habilidades lingüísticas. Invitamos a investigar, describir y asociar en el futuro la problemática propuesta para entregar las mejores herramientas a quienes determinan el tratamiento más adecuado para los individuos con alteraciones de salud mental. Proponemos todo ésto considerando tamaños muestrales superiores para obtener resultados más representativos, y respaldar la creación del antes mencionado protocolo de evaluación.

Recomendaciones y Sugerencias

Recomendamos al lector de la presente investigación realizar una evaluación exhaustiva de Funciones Cognitivas y Lenguaje en Usuarios con Esquizofrenia, que de acuerdo con los resultados de esta investigación, dicha evaluación arrojaría que los mayores déficits cognitivos de estos usuarios serían Funciones ejecutivas, Memoria, Atención, Orientación de condición y Discurso, por lo tanto, sugerimos realizar una intervención fonoaudiológica intensiva en los aspectos cognitivos y lingüísticos mencionados, debido a que son los más invalidantes en los usuarios que padecen esta patología.

Se recomienda además, iniciar la terapia fonoaudiológica de estas funciones lo más tempranamente posible en el caso de diagnosticarse en usuarios adolescentes, debido a que, como se señaló en nuestro marco teórico y discusión, es en esta etapa cuando estos pacientes abandonan su proceso educacional. También sugerimos que la intervención fonoaudiológica tenga un enfoque funcional, para que estas personas puedan ser independientes y desempeñar alguna labor remunerada, para así evitar casos de institucionalización.

Se sugiere al lector ampliar el número muestral, para así eliminar los extremos de la misma o datos anómalos, para que haya menos dispersión y así obtener una media más representativa.

También se sugiere realizar este estudio, con otras variables, por ejemplo la escolaridad, para así llevar el análisis a un punto más profundo, calculando la interrelación entre las variables. Siguiendo el punto anterior, se propone hacer un análisis utilizando otras variables presentes en otros test de evaluación.

Además, cabe mencionar que no todos los rangos de edad fueron considerados, y tampoco existía la misma cantidad de usuarios por rango etario, ya que no era el objetivo de esta investigación. Pero sería interesante comparar el mismo perfil cognitivo lingüístico en personas del mismo rango etario. También se podría agrupar por rangos etarios y se podría hacer correlacionar la variable de edad con el rendimiento cognitivo lingüístico.

Otra variable que se podría tener en cuenta es el tiempo de diagnóstico de Esquizofrenia y el inicio del tratamiento para esta.

Una última sugerencia de investigaciones futuras, es establecer diferencias o semejanzas en el rendimiento cognitivo lingüístico entre personas según el tipo de Esquizofrenia.

Bibliografía

Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(3), 215-221.

Benedet, M.. (2002). *Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación, fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología cognitiva*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría General de Asuntos Sociales Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Bruner, J. S., & Linaza, J. L. (1984). *Acción, pensamiento y lenguaje* (Vol. 1). Madrid: Alianza.

Cañamares, J., Castejón, M., Florit, A., González, J., Hernández, A. y Rodríguez, A., (2001), *Esquizofrenia*, Madrid-España, Síntesis.

Cavieres, A., Valdebenito, M.,(2005) Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 43(2): 97-108

Chinchilla, M., (2007), *Las Esquizofrenias: Sus hechos y valores clinicos terapeuticos*, Barcelona: Masson.

Colina Matiz, (2009). Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el hospital militar central. *Revista Med*, 17(1), 26-33.

Dickinson, D., Bellack, A. y Gold, J.. (2006). Social/Communication Skills, Cognition, and Vocational Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 33 no. 5, pp. 1213–1220.

Feúza, B., Brandao de Rosende, C., Abreu, N., López, F., Teixeira, A. & Vinicius, J.. (2013). How specific are negative symptoms and cognitive impairment in schizophrenia? An analysis of PANSS and SCoRS. *Cognitive Neuropsychiatry*, 18, 243 - 251.

Flores-Lázaro, J. C., Castillo-Preciado, R. E., & Jiménez-Miramonte, N. A. (2014). Desarrollo de funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud. *Anales de psicología*, 30(2), 463-473.

García, J.(2009). *Estimulación Cognitiva*. Murcia: Neurohealth.

Gejman, P. y Sanders, A., (2012) *La etiología de la Esquizofrenia. MEDICINA (Buenos Aires) 72*: 227-234.

Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M.. (2010). *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos 3a Edición*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Halliday, M. A. (2001). *Lenguaje como semiótica social*. Fondo de Cultura Económica USA.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P.. (2010). *Metodología de la Investigación* . México: Mc Graw Hill. p. 395

Langdon, M. Coltheat, P. B. Ward y S. V. Catts. (2002). Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading. *Psychological Medicine*, 32, pp. 1273-1284.

Lesión del Hemisferio Cerebral Derecho (s.d.) Recuperado del sitio web de la Asha: <http://www.asha.org/public/speech/disorders/Lesion-del-Hemisferio-Cerebral-Derecho/>

Ministerio de Salud. Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de Esquizofrenia, Santiago: Minsal, 2009.

Mulas, F., Simioni, M., Díaz, A., Ruiz, R., (2006) El lenguaje y los trastornos del neurodesarrollo. Revisión de las características clínicas. *Revista de Neurología*; 42(2): 103-109.

Ortega, G., Espinosa, A., Ibarria, M., Cabañeta, P. y Boada, M.. (2014). Valoración de las funciones viso-perceptivas y viso-espaciales en la práctica forense. *Revista Española de Medicina Legal*, 40, p 83 - 85.

Paz, R. (2005) Modelos fisiológicos de la esquizofrenia; de dopamina a glutamato, de glutamato a GABA. *Rev. Chil Neuro-Psiquiat*; 43(4), 314 - 328.

Salavera, C., Puyuelo M. y Serrano, R. (2011). Detección temprana de la esquizofrenia en alumnos de secundaria. *Bol AELFA*, 11 (2), pp. 61-65.

Salavera, C., Puyuelo M. y Serrano, R (2011) Habilidades de comunicación en jóvenes con Esquizofrenia. *Bol AELFA*; 11(1): 2-8

Servat, M., Lehmann, Y., Harari, Gajardo, L. y Eva, P (2005) Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 43(3): 210-216

Smith, E., Kosslyn, S.(2008). *Procesos cognitivos: Modelos y bases neurales*. Madrid: Pearson Educación.

Tajima H. Fernández J. J. López-Ibor J. L. Carrasco M. Díaz-Marsá (2009) Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos, *Actas Esp Psiquiatr*, 37(6), 330-342.

Webb, W., Adler, R. . (2010). *Neurología para el Logopeda 5º Edición*. Barcelona: Masson.

Anexos:

Anexo 1:

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)		NOMBRE: _____ Nivel de estudios: _____ Sexo: _____		Fecha de nacimiento: _____ FECHA: _____										
VISUOESPACIAL / EJECUTIVA						Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos						
[]		[]		[]	[]	[]	[]	___/5						
IDENTIFICACIÓN								___/3						
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos					
		1er intento												
		2º intento												
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2						___/2						
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB				___/1						
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.				___/3						
LENGUAJE		Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pide. []						___/2						
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N \geq 11 palabras)						___/1						
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla						___/2						
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente					
				[]	[]	[]	[]	[]	___/5					
Optativo		Pista de categoría												
		Pista elección múltiple												
ORIENTACIÓN		[]	Día del mes (fecha)	[]	Mes	[]	Año	[]	Día de la semana	[]	Lugar	[]	Localidad	___/6
		© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal \geq 26 / 30		TOTAL		___/30		Añadir 1 punto si tiene \leq 12 años de estudios				

Anexo 2:

EVALUACIÓN COGNITIVA – LINGÜÍSTICA. González y Leguer (1993).

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Diagnóstico: _____

I). ORIENTACIÓN :

1). Persona :

-Nombre

-Edad

-Fecha de nacimiento

-Dirección

-Trabajo / Profesión

2). Lugar :

-¿Sabe dónde está?

-Dígame el nombre del lugar en que está.

-Ciudad / Región / País

3). Tiempo :

-Día / Mes / Año / Hora / Momento del día

4). Condición:

-¿Porqué está aquí?

-¿Qué le pasa?

-¿Cuándo tuvo su accidente?

-¿Cuánto tiempo ha estado aquí?

-¿Cuál es su problema principal ahora?

II). MEMORIA INMEDIATA :

1). Dígitos (Directos):

4 – 7 – 3

5 – 8 – 6

6 – 1 – 5 – 3

7 – 4 – 9 – 2

2 – 7 – 1 – 3 – 4

3 – 2 – 9 – 5 – 8

1 – 3 – 7 – 2 – 4 – 9

8 – 5 – 2 – 4 – 3 – 7

2). Dígitos (inverso):

5 – 2

7 – 9

2 – 6 – 3

8 – 4 – 7

6 – 1 – 4 – 9

4 – 7 – 6 – 3

3 – 5 – 8 – 2 – 6

1 – 3 – 9 – 4 – 5

3). Repetición verbal:

(Palabras)

-Silla

-Auto - Piso

-Botella

-Casa – Mesa - Peso

-Cuchara

-Pala – sopa – Masa - Boca

-Bicicleta

-Felicidad

-Remordimiento

-Estupendamente

(Oraciones)

-El grifo gotea. –Las naranjas son dulces. –Levante la tapa del motor. –El espía se escapó hacia la montaña.

–Ayer dijeron por la radio que mañana puede que llueva.

4). Memoria verbal:

-Texto (Inmediato) / (Diferido)

Una mujer / anciana / tenía una gallina / que ponía huevos de oro / como la mujer quiso tener pronto mucho oro / mató a la gallina / la abrió / para ver que tenía dentro / y vio que era una gallina como las demás.

Evocación inmediata:

-¿Qué persona sale en la historia?

-¿Qué edad tenía aproximadamente?

-¿Qué animal sale en la historia?

-¿Cómo eran los huevos que ponía?

-¿Quería tener mucho oro la mujer?

-¿Qué hizo con la gallina?

-¿Qué hizo después de matarla?

-¿Por qué la abrió? ¿Qué quería saber?

-¿Cómo era por dentro la gallina?

5). Memoria visual:

-Pareo forma (inmediato) 7 (Diferido)

6). Lectura de un texto:

-(Inmediata) 7 (Diferida)

III):MEMORIA RECIENTE (Lapso):

1). Manzana / Cerro / Verdad

2). Actividades recientes

IV). MEMORIA LARGO PLAZO:

1). Información biográfica:

-Familia (Padre / Madre / Cónyuge / Hijos / Hermanos)

2). Información histórica:

- ¿Quién descubrió América?
- ¿Qué sucedió el 21 de mayo de 1879?
- ¿Quién fue Bernardo O'Higgins?
- ¿Quién es Augusto Pinochet?
- ¿Cómo se llama el Papa?
- ¿Quién es Don Francisco?

3). Información Geográfica:

- Nombre tres ciudades del norte de Chile.
- ¿Cuál es la capital de Chile?
- Nombre un río de Chile.

4). Información acerca de Presidentes (4).

V). SECUENCIA AUTOMÁTICA (Control mental):

- 1). Contar de 1 a 15 (Directo).
- 2). Contar de 15 a 1 (Inverso).

VI): DENOMINACIÓN:

1). Objetos:

-Lápiz / Moneda / Llave / Lentes / Reloj / Anillo.

2). Partes del cuerpo:

-Ojo / Oreja / Nariz.

3). Respuesta denominativa:

- ¿Qué objeto usamos para peinarnos?
- ¿Qué objeto nos protege de la lluvia?
- ¿Dónde se compran los remedios?
- ¿Para qué sirve el cuchillo?
- ¿Qué se hace con el lápiz?

4). Completación de oraciones:

- Las vacas dan...
- Tomamos la sopa con la...
- Encendemos el fuego con el...
- Para beber usamos el...

5). Fluidez verbal:

- Nombre animales :
- Nombre palabras con p :

VII). COMPRENSIÓN VERBAL:

1). Órdenes:

- Cierre los ojos.
- Muéstreme su mano.
- Muéstreme su oreja y nariz.
- Muéstreme el techo y luego el suelo.

2). Material verbal complejo:

- ¿Sirve el martillo para cortar madera?
- ¿Dos kilos de harina pesan más que uno?
- ¿Usted se pone los zapatos antes que los calcetines?
- ¿Viene la primavera antes que el verano?

VIII). LECTURA ORAL:

1). Palabras:

- Silla / Círculo / Hamaca

2). Frases:

- Ya lo veo.
- Baja a la calle.
- Volví del trabajo a casa.

IX): COMPRENSIÓN DE LECTURA:

1). Órdenes escritas:

- Cierre los ojos.
- Muéstreme su nariz y luego su oreja.
- Muéstreme el suelo y luego el techo.

2). Comprensión de texto (Lámina 16 del test de Boston).

X). ESCRITURA:

1). Espontánea:

- Nombre.

2). Dictado:

- Silla / Auto / Casa.

3). Copia:

- Silla / Auto / Casa

- 4). Escritura descriptiva (Lámina 1 del Test de Boston).

XI): DISCURSO ORAL:

1). Conversacional (Verbal/ Paralingüístico/ No-Verbal).

- 2). Descriptivo.
- 3). Procedural.
- 4). Narrativo.

XII): VISUO – CONSTRUCTIVO:

1). Dibuje lo siguiente:

- Cuadrado / Triángulo / Círculo / Cruz / Cubo.

2). Copie (igual)

XIII). CÁLCULO:

1). Oral:

3+2 / 9-6 / 6*3 / 16: 4

2). Problemas:

-Juan tiene 5 naranjas y Antonio 6. ¿Cuántas tienen entre los dos?

-María tiene 9 peras y da 3. ¿Cuántas le quedan?

XIV).ABSTRACCIÓN VERBAL:

1). Información:

-Termómetro / Londres / Vaticano / Capital de Japón.

2). Semejanzas:

-Hacha – Sierra – Naranja – Plátano – Perro – León

3). Dichos:

-Al que madruga Dios le ayuda.

-Donde manda capitán no manda marinero.

XV). ABSURDOS VERBALES / RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS / RACIOCINIO

1). Diga porqué estas afirmaciones le parecen absurdas:

-El bebé es más grande que su padre.

-Tomé tanta agua que me dio sed.

2). Explique como encontraría usted la siguiente información:

-A qué hora abre la tienda de ropa.

-La hora de un programa en la TV.

3). Qué haría usted si:

-Perdiera su cartera / Billetera.

-Si se cortara la corriente en su casa y es de noche.

-Si lo muerde un perro.

Anexo 3

Consentimiento Informado

Universidad Andres Bello. Escuela de Fonoaudiología.

El presente documento pretende explicar e informar sobre el proceso al cual se le ha invitado a participar como cuidador/usuario y que tiene como objetivo generar una base de datos donde almacenar, con fines de investigación, resultados respecto a las características cognitivo-lingüísticas en alteraciones de salud mental, para la confección de una tesis sobre el perfil cognitivo-lingüístico de personas con esquizofrenia.

Previamente se le informará al participante sobre las características de la documentación necesarias en su plan de evaluación individual. Las modalidades pueden ser datos en texto extraídos de anamnesis, evoluciones y epicrisis, documentos de audio, documentos en fotografía digital y datos de la evaluación individual.

Esta investigación constará de aplicar 2 test formales no estandarizados para caracterizar las habilidades cognitivas y lingüísticas: Test de Moca y Protocolo cognitivo lingüístico de RG. El procedimiento durará aproximadamente 90 minutos por cada sujeto en estudio.

Si usted requiere información sobre las características obtenidas en el proceso, puede consultarlo libremente con los estudiantes evaluadores y/o la profesora tutora una vez finalizado el proceso de documentación y almacenaje.

Es importante destacar que siempre se protegerá la identidad de cada uno de los participantes del proceso descrito previamente durante y luego del término del mismo, cuando la base de datos pueda ser utilizada para cumplir el objetivo propuesto al inicio.

Se pide el consentimiento informado para el uso de las puntuaciones obtenidas para fines académicos y de investigación, colaborando con la creación de la tesis " Perfil cognitivo lingüístico en usuarios con esquizofrenia" para fines académicos y de investigación.

Nombre:

Rut:

Fecha:

Autorizo la participación de _____ en el proceso expuesto, siendo consciente del procedimiento del cual participaré voluntariamente, y permito que los datos obtenidos en nuestra situación en particular se utilicen con fines clínicos, académicos y de investigación en el futuro.

Firma Profesional

Firma cuidador/usuario

Anexo 4: Tabla General de Resultados, Test de MoCa

Usuario	Sexo (1 Mujer - 0 Hombre)	Atención	Orientación	Función ejecutiva	Memoria diferida	Visuoespacial	Cognitivo	Lenguaje	Total
1	0	5	6	0	2	2	15	3	18
2	0	6	6	1	0	1	14	3	17
3	1	2	5	0	4	3	14	5	19
4	1	0	3	0	0	0	3	2	5
5	1	1	6	0	3	3	13	3	16
6	1	2	6	0	0	1	9	3	12
7	1	1	5	0	1	2	9	5	14
8	1	1	5	0	0	1	7	3	10
9	1	5	6	1	0	3	15	3	18
10	1	1	3	0	0	1	5	3	8
11	1	3	5	0	3	3	14	6	20
12	1	2	6	0	0	1	9	5	14
13	0	4	6	0	0	3	13	3	16
14	1	2	3	0	2	1	8	3	11
15	0	3	6	0	2	4	15	3	18
16	0	2	5	0	3	1	11	5	16
17	0	3	6	2	1	4	16	4	20
18	0	0	4	0	2	1	7	4	11
19	1	1	6	0	0	1	8	5	13
20	1	1	3	0	0	1	5	5	10
21	1	2	6	0	2	1	11	5	16
22	0	0	6	0	0	1	7	3	10
23	0	4	5	0	1	2	12	4	16
24	0	5	6	1	2	2	16	6	22
25	1	0	0	0	0	0	0	2	2
26	1	4	6	1	2	3	16	6	22
27	1	4	5	1	3	3	16	7	23
28	0	2	6	0	2	4	14	6	20
29	1	4	6	1	0	1	12	6	18
30	0	5	6	2	0	4	17	6	23
	Máximo	6	6	2	4	4	17	7	23
	Mínimo	0	0	0	0	0	0	2	2
	Media	2.5	5.1	0.33	1.17	1.93	11.03	4.23	15.

									27
	Desviación estándar	1.76	1.42	0.61	1.26	1.23	4.41	1.41	5.2 5