

Brienza, Héctor Leonel

Cognición social y conducta suicida en el trastorno esquizofrénico: un estudio descriptivo del rendimiento en tareas de mentalización de pacientes esquizofrénicos con y sin historia suicida

Maestría en Neuropsicología Aplicada

Tesis 2022

Cita sugerida: Brienza HL. Cognición social y conducta suicida en el trastorno esquizofrénico: un estudio descriptivo del rendimiento en tareas de mentalización de pacientes esquizofrénicos con y sin historia suicida [tesis de maestría] [internet]. [Buenos Aires]. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2022 [citado AAAA MM DD]. 123 p. Disponible en: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisytr/20230626100342/tesis-brienza-hector.pdf>

Este documento integra la colección Tesis y trabajos finales de Trovare Repositorio del Institucional del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente. Para más información visite el sitio <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/>



Cognición social y conducta suicida en el trastorno esquizofrénico: Un estudio descriptivo del rendimiento en tareas de mentalización de pacientes esquizofrénicos con y sin historia suicida.

por

Héctor Leonel Brienza

Dirigida por Dra. Valeria Abusamra y Lic. Gisela Paola Martínez

Presentado en cumplimiento de los requisitos para la obtención del
título de Maestría en Neuropsicología Aplicada

ante el

Instituto Universitario Escuela de Medicina Hospital Italiano de Buenos Aires

Buenos Aires

Marzo 2022

Dedicado a la memoria del Dr. Julio Castaño

Agradecimientos

Al Dr. Jose Luis Faccioli por brindarme la posibilidad de desarrollar este trabajo en el servicio de psiquiatría a su cargo y por la confianza en mí depositada.

A mis directoras Dra. Valeria Abusamra y Lic. Prof. Gisela Martinez por acompañarme a transitar este camino transmitiendo siempre de manera generosa toda su experiencia.

Al Dr. Daniel Matusevich por fomentar siempre mi deseo de superación.

A los Dres. Maximiliano Kuttel, Pablo Osoreo y la Lic. Verónica Lapelle por su escucha atenta y por brindarme la confianza necesaria para finalizar esta investigación.

A los integrantes del equipo de hospitales de día del servicio de salud mental del Hospital Italiano de Buenos Aires, en particular al Dr. Diego Costa y la Lic. Patricia Reyno quienes colaboraron de manera abnegada en la convocatoria a los voluntarios para esta investigación.

Al equipo de investigación no patrocinada del Hospital Italiano de Buenos Aires dirigido por el Dr. Diego Giunta con un especial reconocimiento a las Dras. María Puga y Lucia Perez por sus valiosos aportes en el asesoramiento metodológico y estadístico de este trabajo.

A todos los voluntarios que donaron su tiempo de manera desinteresada para que este trabajo pudiera llevarse adelante.

Resumen

Introducción: El suicidio en la población con trastornos del espectro esquizofrénico constituye una de las principales causas de muerte asociada a la enfermedad. La esquizofrenia se relaciona con alteraciones que afectan las habilidades de Teoría de la mente. Son pocos los estudios que vinculan los déficits en este dominio con la conducta suicida.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue explorar características demográficas, de sintomatología psicótica, en cognición general y en pruebas de Teoría de la mente en pacientes con historia de intentos autolíticos (PHIA) y sin ella.

Método: Se realizó un estudio exploratorio transversal de serie de casos en una muestra de PHIA y sin PHIA. Se recabó información acerca de variables sociodemográficas, de tratamiento, psicopatológicas y de Teoría de la mente.

Resultados: Todos los pacientes mostraron dificultades en los dominios evaluados. Al explorar la relación entre tareas de comprensión de ironías y sintomatología psicótica se observó una correlación significativa con la gravedad de los síntomas positivos. Al estudiar el rendimiento de manera separada en función de la conducta suicida, se observaron diferencias en el rendimiento de una tarea de mentalización de segundo orden y el reconocimiento de fallos en situaciones sociales.

Conclusiones: Los pacientes esquizofrénicos con PHIA y sin PHIA presentan un bajo rendimiento en tareas de cognición social. El déficit en la cognición social podría vincularse a un incremento al riesgo suicida debido al mal funcionamiento interpersonal y el aislamiento que conlleva. La evaluación de la cognición social debe ser considerada junto a otros factores de riesgo conocidos.

Palabras clave: Trastorno esquizofrénico – Conducta suicida - Cognición social – Procesamiento emocional - Teoría de la Mente - Pragmática del lenguaje

Tabla de Contenidos

Agradecimientos	i
Resumen	ii
Tabla de Contenidos	iii
1. Introducción	1
2. Marco Teórico	4
2.1. Esquizofrenia. Historia y criterios diagnósticos actuales	4
2.1.1. Historia de estudios sobre esquizofrenia	4
2.1.2. Diagnóstico según DSM-5	16
2.2. Esquizofrenia y neuropsicología	18
2.2.1. Déficits cognitivos asociados a la esquizofrenia	19
2.2.2. Exploración neuropsicológica del espectro esquizofrénico	22
2.3. Cognición Social y Esquizofrenia	24
2.3.1. Teoría de la Mente:	25
2.3.2. Percepción Social y Conocimiento social:	27
2.3.3. Sesgo de atribución	30
2.3.4. Procesamiento emocional	32
2.4. Conducta suicida en esquizofrenia	34
2.4.1. Cognición social y conducta suicida en el espectro esquizofrénico	37
2.5. Objetivos	39
3. Material y Métodos	41
3.1. Diseño:	41
3.2. Población	41
3.3. Ámbito	41
3.4. Criterios de selección para la definición de caso.	42
3.5. Materiales para la evaluación de las variables de interés	43
3.5.1 Screening Cognitivo	43
3.5.2. Evaluación sintomatología psicótica	43
3.5.3. Pruebas de Teoría de la Mente	44
3.5.4. Variables sociodemográficas	48
3.5.5. Variables Clínicas	48
3.6. Procedimiento	50

3.7. Análisis de datos	51
4. Resultados	52
5. Discusión.....	70
5.1. Características sociodemográficas y clínicas exploradas	71
5.2 Características de Teoría de la Mente (TOM).....	77
6. Conclusiones.....	83
7. Bibliografía.....	86
8. Anexos.....	i
A. Consentimiento informado.....	i
B. Ficha de registro de variables sociodemográficas y clínicas	vi
C. Cuestionario MOCA.....	xiii
D. Cuestionario INECO Frontal Screening.....	xiv
E. Lista de tablas	xv

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud describe la esquizofrenia como una enfermedad compleja, de etiología aún desconocida, que afecta a cerca del 1% de la población mundial, con consecuencias severas en quienes la padecen y sus familiares. La esquizofrenia está caracterizada por una distorsión del pensamiento, de las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de uno mismo y la conducta. Se asocia con una discapacidad considerable que puede afectar el desempeño educativo y laboral (OMS, 2019).

El suicidio es una causa importante de muerte entre los pacientes con esquizofrenia. Las investigaciones indican que entre el 5% y 13% de los pacientes esquizofrénicos mueren como consecuencias de un acto de privación de su vida, mientras que entre el 20% y el 40% de esta población efectúan intentos que resultan en el deceso posterior (Pompili, et al., 2007). Se ha estimado que el riesgo de suicidio en pacientes con primer episodio de psicosis es 12 veces mayor que en la población general (Dutta, et al, 2011).

A pesar de que los pacientes con esquizofrenia presentan un riesgo excepcionalmente alto de padecer ideas y comportamiento suicidas, la investigación neuropsicológica acerca de esta problemática, aún no ha sido profundamente desarrollada.

El objetivo de este trabajo ha sido la exploración de la cognición social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que han presentado a lo largo de su vida episodios de intento de suicidio. Se ha estudiado a pacientes que presentaron en su historia episodios autolíticos y pacientes que no lo han hecho, buscando realizar una descripción de las características de cada una de estas poblaciones. Para el estudio de la cognición social se obtuvieron mediciones de tres áreas que en la literatura neuropsicológica se incluyen como propias de este dominio. Las tareas exploradas a lo largo de este trabajo comprenden la capacidad de interpretar estados mentales ajenos, la clasificación de estados mentales de otras personas a partir de la visualización de su mirada y por último la capacidad de identificar errores en situaciones sociales.

Inicialmente el planteo de nuestra investigación consistía en la realización de un estudio comparativo de grupos de pacientes. Debido a la declaración de pandemia realizada por la Organización mundial de la Salud a comienzos del año 2021 se debió replantear la forma de abordaje para cumplimentar los objetivos iniciales que nos habíamos propuesto. Se optó por un estudio de casos como método. Se buscó lograr una descripción lo más detallada de una muestra reducida de pacientes a la que se pudo acceder debido a las limitaciones que impuso las condiciones sanitarias de aislamiento social

El estudio de casos se organiza de la siguiente manera, primero se describe brevemente la historia de la enfermedad junto con los déficits neuropsicológicos que se han reportado en el síndrome esquizofrénico. El marco teórico tomará como base los aportes de la neuropsicología cognitiva para explicar los procesos subyacentes que pueden favorecer la aparición de conductas autolesivas en esta población. El capítulo se divide en tres apartados. En primer lugar se exploran algunas características de esta enfermedad partiendo de una perspectiva histórica hasta llegar a la definición actual. En segundo lugar, se exploran los métodos de evaluación que brindan evidencia acerca de los déficits en esta población. Finalmente, se aborda la relación entre la esquizofrenia y el riesgo de cometer actos de suicidio mediante la descripción de estudios que han relacionado estos dos fenómenos.

El capítulo de metodología expone las técnicas para la recolección de datos y los mecanismos de procesamiento. Se presentan las variables descriptivas y se indican las características seleccionadas para definir los casos estudiados. Se presenta una descripción de las características principales (relevantes para el estudio) de los participantes, así como las variables de interés (Teoría de la mente, cognición social, inteligencia, funciones ejecutivas y sintomatología psiquiátrica) y las tareas e instrumentos con los cuales se ha decidido abordar su medición. La diversidad y complejidad de las variables evaluadas ha dado lugar a la utilización de gran cantidad de materiales y procedimientos distintos. En este capítulo se describirán las pruebas y procedimientos utilizados para el estudio de los procesos cognitivos básicos y los específicos para valorar el estado de la cognición social. En primer lugar, se explican los métodos de despistaje utilizados para identificar dentro de la población estudiada aquellos sujetos que pudieran presentar trastornos

cognitivos que influyen negativamente en el desempeño de las pruebas de cognición social. Se describe una versión reducida del WAIS-III utilizada para la estimación del CI de los participantes y los tests realizados para el rastillaje cognitivo con sus procedimientos. En segundo lugar, se hace referencia a la entrevista clínica utilizada para explorar la sintomatología psicótica (PANSS). Finalmente, se detallan las pruebas utilizadas para evaluar Teoría de la mente y los criterios para su selección. El capítulo de resultados se centra en el estudio de los datos obtenidos y su comparación con otras investigaciones. Se estructura a partir de dos apartados: el primero analiza los hallazgos obtenidos a partir de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra; el segundo se aboca al estudio de los resultados de las pruebas que evalúan específicamente Teoría de la mente. Finalmente, se presenta un capítulo de conclusiones en el que se plantean los alcances y limitaciones de la investigación con el fin de desarrollar futuras líneas de investigación.

2. Marco Teórico

2.1. Esquizofrenia. Historia y criterios diagnósticos actuales

La historia de la esquizofrenia dentro de la medicina moderna se remonta a mediados del siglo XIX. Durante esa época un grupo de psiquiatras comenzó a realizar descripciones clínicas que hacían referencia a una entidad de inicio en la juventud con una evolución mórbida que concluía en una degradación general de las capacidades psíquicas.

Las investigaciones a lo largo de la historia de la psiquiatría y psicología implicaron una tensión por el estudio de ciertos síntomas por sobre otros para poder determinar el diagnóstico, así como la necesidad de crear una serie de subcategorías que permitieran incluir todas las manifestaciones observables en el cuadro (Martínez, 2015). Hasta la actualidad no se ha definido de forma unánime un perfil característico de la esquizofrenia, entre otras causas debido a que su diagnóstico presenta la dificultad de carecer de marcadores genéticos o fisiopatológicos específicos mediante los cuales sea posible definir el cuadro de una manera objetiva (Jablensky, 2010) Es por esto que se vuelve imprescindible llevar a cabo una revisión de los desarrollos teóricos del trastorno así como un recorrido histórico de las categorías diagnósticas hasta las últimas que se desarrollaron en la 5° versión del DSM.

2.1.1. Historia de estudios sobre esquizofrenia

Los primeros intentos por delimitar el trastorno se dan en conjunto con el inicio de la psiquiatría moderna, a fines del siglo XIX. En este contexto, Kraepelin establece el término *demencia precoz*, utilizado anteriormente por Morel, para categorizar un tipo de trastorno que se caracterizaba por el deterioro progresivo de una serie de facultades mentales a una edad temprana (López, Sanmillán, Cainer, Olivares, De las Mercedes, 2015). A su vez, en línea con su objetivo de lograr determinar una enfermedad mental a partir de la detección de las causas, curso y

pronóstico, fue esbozando posibles hipótesis para explicar la aparición del trastorno (Golcman, 2015): desde afecciones metabólicas hasta una autointoxicación relacionada con lo que ocurría en los órganos sexuales, vinculada con la aparición de la pubertad, los trastornos menstruales y el parto.

Esta categoría diagnóstica le permitió a Kraepelin describir un síndrome diferencial respecto de aquellos síntomas presentes en la psicosis maniaco-depresiva, la cual englobaba un conjunto de síntomas en el área afectiva que no presentaban un inicio temprano ni un deterioro progresivo (Angst, 2002). Finalmente, Kraepelin, decide ubicar dentro de la categoría de demencia precoz a un conjunto de subcategorías que habían sido desarrolladas previamente: la catatonía, definida por Kahlbaum, la hebefrenia de Hecker, y la demencia paranoide, que era visiblemente diferente al concepto de paranoia que se tenía en la época (Angst, 2002). Por último, interesa destacar que Kraepelin advertía que entre ambos tipos de psicosis (demencia precoz y psicosis maniaco-depresiva) había una tensión con una serie de casos que no eran plausibles de ser catalogados de manera simple en una categoría o en la otra, entendiendo que es probable que se observe una superposición de síntomas asignados a cada categoría diagnóstica.

Otro autor que permitió un avance en la sistematización de la esquizofrenia fue Bleuler, quien utilizó por primera vez este término para referir al cuadro anteriormente denominado demencia precoz (López, et al, 2015). Bleuler redefinió el síndrome describiendo como su característica central el relajamiento de las asociaciones entre pensamientos, los sentimientos y las conductas. El autor también describió como manifestaciones secundarias, las ideas delirantes, las alucinaciones y la desorganización de la conducta. El término *esquizofrenia* lo utilizó simultáneamente para referir a una entidad patológica y también a una reacción psicopatológica, es decir a un síndrome. Esta diferenciación le permitió separar aquellos casos que consideraba podrían ser tratados, ya que serían de carácter psicológico, frente a los incurables que presentarían los síntomas debido a la presencia de una entidad orgánica.

Los aportes de Bleuler se alejaron de la tradición de Kraepelin en dos aspectos: por un lado, puso en evidencia la importancia de determinar los síntomas centrales para llevar a cabo el diagnóstico, así como la necesidad de inferir el

funcionamiento mental de las personas que padecían esquizofrenia, a diferencia de Kraepelin, que se limitó estrictamente a lo observable. Por otro lado, cuestionó la dicotomía propuesta por aquel autor entre demencia precoz y psicosis maniaco-depresiva, entendiendo ambas como los polos de un espectro que se encontraban en cada individuo (Angst, 2002). Bleuler propuso las hoy clásicas cuatro “A” para definir el trastorno (Asociaciones perturbadas, afectividad, ambivalencia y autismo). Describe la perturbación de las asociaciones, como un fenómeno característico de bloqueo en el pensamiento, llamando la atención sobre como los esquizofrénicos discurren entre una y otra línea argumentativa sin una conexión adecuada de su discurso. Los trastornos de la afectividad, hacen referencia a la experiencia disruptiva de los pacientes respecto a sus emociones, la indiferencia marcada o embotamiento hacia el mundo que los rodea. La ambivalencia describe los fenómenos que observó respecto a experiencias emocionales opuestas hacia un mismo objeto o persona, por ejemplo de amor y odio coexistentes a un mismo tiempo. Finalmente para completar la fenomenología del cuadro describe al autismo llamando la atención sobre el desapego general hacia todo lo que rodea la vida del paciente.

A partir de las bases de Bleuler, las investigaciones de las décadas posteriores profundizaron en el estudio de la esquizofrenia desde esta perspectiva (López, et al., 2015). Kasisin introdujo el término esquizo-afectivo para referir a aquellos casos diagnosticados con esquizofrenia pero con alteraciones en el área afectiva; Langfeldt diferenció entre el proceso esquizofrénico y la reacción esquizofrénica, que se caracteriza por ser menos severa, puede presentar remisión y no tiene un desenlace degenerativo.

2.1.1.1. Esquizofrenia y los trastornos del afecto

La diferenciación de entidades nosológicas precisas que permitan establecer criterios estrictos dentro de la clínica psiquiátrica siempre se ha topado con el obstáculo de la variabilidad clínica. Fue así que el ideal krapeliano por distinguir formas puras del síndrome esquizofrénico que permitan diferenciarlo de las psicosis maniaco-depresivas, no siempre resultó una tarea posible.

Kraepelin en la edición 8va de su tratado de psiquiatría había descrito una serie de pacientes dentro del grupo de la demencia precoz cuya presentación clínica se caracterizaba por la periodicidad. En estos pacientes el inicio de la enfermedad se daba de manera temprana, con un predominio del sexo femenino y donde existía un empeoramiento de sus síntomas depresivos durante el periodo menstrual. Según señalan Lermenda S., Holmgren G., Soto-Aguilar B. y Sapag S. (2013) en su trabajo "Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? ". Kraepelin consideró inicialmente a estas formas como pertenecientes a la psicosis maníaco-depresiva, pero finalmente debido al carácter impulsivo y la pobreza de pensamiento que va acompañando a los estados de excitación las asocia a la demencia precoz.

En este marco un grupo de psiquiatras que más tarde se conocieron como la escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard, brindaron aportes sustanciales en la descripción de formas clínicas de la psicosis donde los trastornos del ánimo forman parte del cuadro. Los trabajos de estos autores presentan especial interés debido a sus aportes en la descripción de un grupo característico denominado psicosis endógenas, donde se incluyen dentro de su clasificación formas depresivas con presencia de ideas de suicidio. (Monchablon Espinoza, A. 2000).

Este grupo de investigadores fundaron sus ideas nosográficas en la observación clínica y la descripción anatomopatológica. Wernicke con una sólida formación en neurología consideró al grupo de las psicosis como un defecto producto de una interrupción de las uniones entre sistemas neuronales que conducía a una pérdida, un incremento o una alteración del normal desempeño. Esta teoría denominada "Teoría de la sejunción" le permitió a Wernicke basándose en la observación de grandes grupos de pacientes inferir la existencia de centros neurológicos como base de la voluntad, o el pensamiento.(Leonhard, K. 1995), aunque criticadas debido a la preponderancia otorgada a la anatomopatología sus ideas se expandieron en sus discípulos.

En 1919 Kleist utiliza el término "Demencias o desmoronamientos endógenos" para agrupar a las distintas formas clínicas que Kraepelin llamaba Demencia Precoz Kleist describió numerosas formas atípicas entre la Demencia Precoz y la psicosis maníaco-depresiva, proponiendo la denominación de psicosis cicloides. Dentro de

este grupo a pesar de tener muchas características en común con la enfermedad maníaco-depresiva, se diferenciaban debido a un curso de las fases más corto, una periodicidad menos marcada que en las fases maníaco-depresivas y una mayor coincidencia con períodos premenstruales. Son más frecuentes en mujeres y gente joven., con presencia de alucinaciones, delirios, agitación, en algunos casos descritas como confusas y con manifestaciones afectivas maniformes o depresivas.

Dentro del grupo de las esquizofrenias Kleist describió un grupo de síntomas que presentaban una tendencia a propagarse hacia múltiples “centros neurológicos” sin mantener sus límites iniciales a los que llamo “formas extensivas” más tarde su discípulo Leonhard las denominaría formas “asistemáticas” (Derito, M. 2006).

En 1957, Leonhard publica su “Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferencial” (Leonhard, K. 1999), con la intención de sintetizar las formulaciones de sus predecesores. Su trabajo propone tres categorías, por un lado las “esquizofrenias” con dos grupos, las “esquizofrenias asistemáticas” donde incluye a la catatonía periódica, la parafrenia afectiva y la catafasia, y el grupo de las “esquizofrenias sistemáticas” que involucra la catatonía, la hebefrenia y las parafrenias. La segunda gran categoría estuvo conformada por las “psicosis cicloides” comprendidas por la psicosis angustia-felicidad, la psicosis confusional excitado/inhibida y la psicosis de la motilidad hiperkinético/ acinética. Finalmente en el grupo denominado “psicosis fásicas “, describe a la psicosis maniaco-depresiva, la manía pura, melancolía pura y depresiones puras (Abíznano, R. 2018, Fernández García-Andrade, R. , 2014).

Tanto Kleist como Leonhard consideraban a las “Esquizofrenias asistemáticas” como enfermedades de sistemas cerebrales, asociando a su origen una debilidad constitucional por la herencia genética o por causas del medio ambiente. Las esquizofrenias “asistemáticas” son descritas con un inicio insidioso, un curso progresivo y pronóstico favorable, en contraposición las “esquizofrenias sistemáticas” son de comienzo lento e insidioso, presentan déficits pronunciados y poseen una baja carga hereditaria, situando su origen en enfermedades psíquicas sistemáticas. Las “Psicosis Cicloides”, son una serie de entidades de buen pronóstico, donde su resolución no deja defecto residual y la repetición familiar es pequeña. Según describe Cabaleiro Goas, acerca de la concepción de estos autores

“La esquizofrenia sería un proceso orgánico y degenerativo, mientras que las psicosis autóctonas un trastorno funcional en unos mecanismos lábiles y, por tanto, reversible” (Cabaleiro Goas, 1968 citado en Fernández García-Andrade, R. 2014).

2.1.1.2. Las concepciones contemporáneas

A mediados del siglo XX, Schneider propone una caracterización sobre los síntomas del trastorno que influye en los estudios sobre la temática. A partir de un análisis exclusivamente observacional propone invertir las categorías de Bleuler de síntomas primarios y secundarios. De tal modo, define una serie de síntomas de primer rango que permiten llegar al diagnóstico de esquizofrenia: sonorización del pensamiento, audición de voces que opinan y replican al sujeto, audición de voces que describen las acciones que realiza el sujeto, robo y/o difusión del pensamiento, percepción delirante y convicción de que los sentimientos y voliciones están siendo influenciados. En base a estos síntomas determina que la esquizofrenia se caracteriza por sufrir una alteración del yo a partir de un aumento mórbido de la permeabilidad en la barrera entre el yo y el mundo (Novella y Huertas, 2010). Un último aporte teórico relevante para el diagnóstico ha sido el definido por Crow, quien propuso dos subtipos de esquizofrenia: subtipo 1 o positivo, que presenta alucinaciones y delirios; y el subtipo 2 o negativo, que presenta embotamiento afectivo y deterioro del discurso (López, et al, 2015).

Este recorrido histórico tiene una gran relevancia para entender el diagnóstico actual de la esquizofrenia, ya que a partir de los aportes de estos autores, queda determinado el cuadro de esquizofrenia vigente hoy: aún sigue siendo central para el diagnóstico de esquizofrenia el deterioro kraepeliano, la desorganización bleueriana y el trastorno del yo schneideriano (Novella y Huertas, 2010; Tandon, et al., 2013). En este sentido, más allá de los avances que en las últimas décadas se han observado en neurociencia, sigue siendo aún en la actualidad el enfoque estrictamente clínico el que predomina en su definición.

En este sentido, la quinta edición del DSM (APA, 2013) destaca que aún no se ha encontrado prueba radiológica, de laboratorio o incluso psicométrica que pueda apoyar el diagnóstico. Se mencionan algunos resultados alentadores encontrados en neuroimagen y estudios neuropatológicos y neurofisiológicos que

permiten marcar diferencias entre personas que padecen el trastorno y personas sanas, pero sin especificaciones suficientes (Maj, 2014). Por otro lado, los hallazgos genéticos solo pueden explicar parcialmente la heredabilidad del trastorno, y que los loci que tendrían importancia genómica muestran un tamaño modesto (Jufe, 2014). La tendencia en la actualidad que parece tener más aceptación dentro de la comunidad científica es la de que el trastorno en cada sujeto es la expresión particular de una combinación de aspectos genéticos, obstétricos, socioeconómicos, de la crianza y del neurodesarrollo, sumado a eventos desencadenantes. Por lo que la variabilidad en la presentación del cuadro cuestiona la posibilidad de una única prueba diagnóstica (Drucaroff, 2018).

2.1.1.3. La esquizofrenia en las ediciones del DSM

En el ámbito de la investigación, los criterios diagnósticos más utilizados son aquellos establecidos por la 5ta. edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), y la 10ma. Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992). Ambos manuales nacieron con la finalidad de establecer una serie de criterios que permitieran definir conductas consideradas como desórdenes mentales y son el producto de una serie de consensos en continua revisión.

En la década de 1950, en Estados Unidos, y alentados por la vasta cantidad de criterios diagnóstico que circulaban en el ámbito de salud mental, se procedió al desarrollo del DSM, que consiste de un conjunto de criterios a utilizar como guía y base para la comunicación entre agentes de salud. Desde su inicio se llevaron a cabo 5 ediciones del manual (publicadas respectivamente en 1952, 1968, 1980, 1994 y 2013) y 2 revisiones (de la 3°, en 1987 y 4° edición en el 2000).

Las distintas ediciones del DSM presentaron variaciones en sus categorías así como en el modelo de salud mental que los autores pregonaban. De esta manera, el cambio más radical se observó entre la 2° y 3° ediciones, momento en que se pasó de un modelo más cercano a las teorías psicoanalíticas y psicodinámicas hacia un modelo bajo el paradigma del modelo médico de la evidencia buscando establecer una mayor rigurosidad en los criterios establecidos,

intentando solventarse más en datos estadísticos que en la evaluación clínica de los creadores; objetivo que se profundizó a partir de la 4ª edición (Nunes, De Rosalmeida, Banzato y Galdini, 2018).

Respecto del diagnóstico de la esquizofrenia, este fue variando a lo largo de cada edición (ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1 Diferencias en las secciones y categorías de la esquizofrenia establecidas por las ediciones del DSM I, II y III

	DSM-I	DSM-II	DSM-III
Sección	Trastornos psicóticos	Psicosis no atribuidas a condiciones físicas	Trastornos esquizofrénicos
Categorías	<u>Reacciones afectivas.</u>	<u>Trastornos afectivos mayores</u>	<u>Esquizofrenia:</u>
	<u>Reacciones esquizofrénicas:</u>	<u>Esquizofrenia:</u>	Tipo desorganizado
	Tipo hebefrénico.	Tipo hebefrénico	Tipo catatónico
	Tipo Catatónico	Tipo Catatónico	Tipo paranoide
	Tipo Paranoide	Tipo Paranoide	Tipo residual
	Tipo Residual	Tipo Residual	Tipo indiferenciado
	Tipo Infantil	Tipo Infantil	Síntomas prodrómicos
	Tipo agudo indiferenciado	Tipo Episodio esquizofrénico agudo	
	Tipo Indiferenciado crónico.	Tipo Indiferenciado crónico.	
	Tipo esquizoafectivo	Tipo esquizoafectivo	
	Tipo Simple	Tipo Simple	
	<u>Reacciones paranoides</u>	Tipo latente	
	<u>Reacciones psicótica sin cambio estructural</u>	Otros tipos	
		<u>Estados paranoicos</u>	
		<u>Otras psicosis</u>	

Sección

Categorías

Sección

Categorías

Trastorno paranoide

Trastornos psicóticos no clasificados

Trastorno breve reactivo

Trastorno esquizofrénico

Trastorno esquizoafectivo

Trastorno psicótico no especificado.

Trastorno psicótico inducido

Tabla 2 Diferencias en las secciones y categorías de la esquizofrenia establecidas por las ediciones del DSM III-R, DSM-IV, DSM-IV-R y DSM-5

	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-IV-R	DSM-5
Sección	Esquizofrenia	Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos	Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos	Espectro de esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos
Categorías	Esquizofrenia:	Esquizofrenia:	Esquizofrenia:	Esquizofrenia
	Tipo desorganizado	Tipo desorganizado	Tipo desorganizado	Trastorno delirante
	Tipo catatónico	Tipo catatónico	Tipo catatónico	Trastorno psicótico breve
	Tipo paranoide	Tipo paranoide	Tipo paranoide	Trastorno esquizofreniforme
	Tipo residual	Tipo residual	Tipo residual	Trastorno esquizoafectivo
	Tipo indiferenciado	Tipo indiferenciado	Tipo indiferenciado	Trastorno inducido por medicación/sustancia.
	Síntomas prodrómicos	Trastorno delirante	Trastorno delirante	Trastorno psicótico debido a condición médica.
		Trastorno breve reactivo	Trastorno breve reactivo	Otro Trastorno de espectro esquizofrenia especificado.
		Trastorno esquizofrénico	Trastorno esquizofrénico	Trastorno espectro esquizofrenia no especificado
		Trastorno esquizoafectivo	Trastorno esquizoafectivo	
		Trastorno psicótico inducido por sustancias	Trastorno psicótico inducido por sustancias	
		Trastorno psicótico debido a condición medica	Trastorno psicótico debido a condición medica	
		Trastorno psicótico no especificado	Trastorno psicótico no especificado	
		Trastorno psicótico compartido (Folie a Deux)	Trastorno psicótico compartido (Folie a Deux)	
Sección	Trastorno			

	paranoide
Categorías	
Sección	Trastornos psicóticos no clasificados
Categorías	Trastorno breve Trastorno esquizofrénico Trastorno esquizoafectivo Trastorno psicótico no especificado. Trastorno psicótico inducido

Como se observa, las categorías asignadas para el diagnóstico de esquizofrenia han variado a lo largo de las ediciones, priorizando algunas tradiciones sobre otras. De esta manera, en el DSM-I se puede observar una inspiración Kraepeliniana en la diferenciación que se realiza entre trastornos afectivos por un lado y esquizofrénicos y paranoicos, por otro. En esta línea, se continúa con los subtipos de demencia precoz, ya que dentro de las reacciones esquizofrénicas se encuentran los subtipos hebefrénicos, catatónicos y paranoide (Nunes et al., 2018). Como fue mencionado, a partir de la 3ª edición se observan grandes cambios en la estructura y contenido del DSM, cambios que también aparecieron en el diagnóstico de esquizofrenia. Las reacciones afectivas se eliminaron de la categoría de la sección de esquizofrenia y pasaron a la sección de trastornos de ánimo. A su vez, se construyó una sección para ubicar los trastornos paranoides para luego ser modificada a trastornos delirantes. A partir de las próximas secciones se buscó unificar las secciones y categorías, por lo que las secciones mencionadas del DSM-III serán eliminadas y se ubicará todo en una sola (Nunes, et al, 2018). Por último, se propondrá la noción de espectro de esquizofrenia y se eliminarán los distintos subtipos de esquizofrenia.

2.1.2. Diagnóstico según DSM-5

A partir de la 5ª edición del DSM, se observa la constitución de la sección espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en línea con lo que se ha propuesto para otras categorías como el Trastornos de Espectro Autista. De esta manera, se propone organizar los trastornos a partir de un gradiente psicopatológico, definiendo un continuo que va desde casos leves a graves (Jufe, 2014). En este sentido, el caso presenta mayor gravedad según la intensidad y cantidad de síntomas y la duración de los signos.

Entre los cambios más importantes que se observan se puede destacar: eliminación de subtipos, falta de acentuación de la presencia síntomas schneiderianos de primera línea y alucinaciones extrañas, reubicación de la

catatonía como especificador y necesidad de, al menos, un síntoma psicótico para el cumplimiento de criterio A (Jufe, 2014) (Tabla 3).

Tabla 3 Criterios diagnóstico para espectro de la esquizofrenia según DSM-5 (APA, 2013)

Criterio	
A	Por lo menos dos de los siguientes síntomas deben ponerse de manifiesto, por lo menos durante un mes. Se requiere que uno de estos sean o el 1, 2 o 3: <ol style="list-style-type: none">1. Delirios2. Alucinaciones3. Discurso desorganizado4. Comportamiento desorganizado o catatónico5. Síntomas negativos
B	Desde el inicio del trastorno se encuentra comprometida la funcionalidad en por lo menos un área de la vida cotidiana de las personas: trabajo, relaciones interpersonales, cuidado personal.
C	Los signos continuos del trastornos se mantienen un mínimo de seis meses; un mes debe presentarse el cumplimiento del criterio A y pueden observarse meses de síntomas prodrómicos o residuales. No obstante, cuando se observan estos periodos de aminoración de los síntomas, estos deben ser solamente de carácter negativo o en su defecto deben observarse por lo menos dos síntomas del criterio A de manera atenuada.
D	Se descarta Trastorno esquizoafectivo y el Trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas debido a la ausencia de episodios maníacos o depresivos mayores o, en caso de que se hayan presentado episodios de estado de ánimo alterado, su presencia fue mínima.
E	El trastorno no se explica por efectos fisiológicos de una sustancia, ya sea droga o medicamento, o por una afección médica.
F	En caso de presentarse antecedentes del trastorno del espectro autista o de la comunicación al inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia se hace en caso de delirios o alucinaciones notables. A su vez, los demás síntomas mencionados deben presentarse con una duración de mínimo 1 mes.

Entre los cambios observados en esta última edición, se destaca el hecho de que no se le otorga tanta importancia a ciertas características como que los delirios sean extraños, que la voz que se alucina describa todos los pensamientos y conductas del individuo, o que dos voces se encuentren conversando entre sí en la alucinación. En este sentido, los síntomas schneiderianos dejaron de tener la especificidad diagnóstica para la esquizofrenia, lo que establece una gran diferencia respecto de cómo se presentaba en el DSM-IV-R. De esta manera, los síntomas primarios de primer orden deberán ser tratados como cualquier síntoma positivo. Por otro lado, el DSM-5, a diferencia de la anterior edición, brinda una definición de los trastornos psicóticos que implica la presencia de una serie de anomalías en 5 dominios: ideas delirantes (pensamientos fijos que no son susceptibles al cambio a la luz de evidencia conflictiva), alucinaciones, pensamiento y/o discurso desorganizado, conducta desorganizada o anormal (incluyendo la catatonía) y síntomas negativos (disminución de expresión emocional y abulia).

Por último, interesa destacar que en la elaboración de los criterios diagnósticos se planteó la idea de establecer el deterioro cognitivo como síntomas a cumplir en el criterio A, pero esto nunca se implementó. Actualmente, se encuentra evidencia de que la alteración cognitiva es un aspecto importante del trastorno, especialmente porque predice la disfuncionalidad social y/u ocupacional (Jufe, 2014). No obstante, se llegó a la conclusión, a la hora de definir los síntomas, de que las alteraciones cognitivas no funcionan como un elemento para llevar a cabo un diagnóstico diferencial de esquizofrenia, ya sea para distinguir a personas que padecen el trastorno de personas sanas o de personas que padecen otros trastornos psicóticos. Maj (2013) cuestiona esta decisión estableciendo que, por un lado, la evolución del deterioro cognitivo podría marcar diferencias con otros trastornos, como el bipolar; y, por otro lado, que ninguno de los criterios definidos funciona como marcador diferencial para poder asegurar un diagnóstico positivo.

2.2. Esquizofrenia y neuropsicología

La esquizofrenia presenta de forma característica alteraciones cognitivas, desde las primeras manifestaciones del cuadro hasta sus etapas más avanzadas. Existe un acuerdo general acerca de la presencia de deterioro cognitivo de carácter

estable y persistente a lo largo de la vida de los pacientes (Piñon, Álvarez, Torres, Vázquez y Otero, 2012).

Las alteraciones cognitivas en el trastorno de espectro de esquizofrenia han tomado relevancia en las últimas décadas. Incluso se ha debatido si las alteraciones cognitivas no deberían ser un criterio para llevar a cabo un diagnóstico diferencial (Bora, Yücel, Pantelis, 2009). En este contexto, la neuropsicología ha comenzado a enfocarse en este trastorno a partir de mitad del siglo XX, aumentando su producción a partir de la década de 1990. La neuropsicología es una disciplina que tiene como objeto estudiar la relación entre los déficits cognitivos, la conducta y las áreas afectadas del cerebro (Walker y Tessner, 2008).

La relevancia de indagar mejor en estos aspectos radica en la posibilidad de mejorar los programas de tratamiento del trastorno a partir de la implementación de una rehabilitación cognitiva, especialmente si se considera la relación que estas alteraciones tienen respecto de la funcionalidad de los pacientes. En este sentido, se ha propuesto incluso que estas alteraciones pueden predecir mejor la funcionalidad de la persona en la vida cotidiana que los síntomas positivos o negativos del trastorno (Piñon et al., 2012).

De la misma manera que los síntomas que componen los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia, las alteraciones cognitivas que presenta el trastorno se explican por la interacción de factores genéticos, epigenéticos, del desarrollo y ambientales. Estas alteraciones se dan de manera simultánea a nivel neuronal, a nivel de las células gliales (desde la transcripción genética hasta el proceso de neurotransmisión) y a nivel de las redes neuronales (ya sea que estén localizadas dentro una región o distribuidas a largo de varias regiones). A su vez, la disfunción subyacente presenta una diversidad jerárquica y espacial y se desarrolla a lo largo de una escala temporal que abarca procesos de una duración de milisegundos (transmisión), horas (procesamiento de proteínas) o años (estructuración arquitectura sináptica) (Millan, et al., 2012).

2.2.1. Déficit cognitivos asociados a la esquizofrenia

La variabilidad clínica presente en la esquizofrenia se ve reflejada en los datos obtenidos por las investigaciones. Los pacientes muestran una enorme heterogeneidad de alteraciones estructurales y funcionales. El estudio de los problemas cognitivos en la esquizofrenia se ha enfocado principalmente en el estudio de déficits corticales, aunque también se encuentran alteraciones relacionadas con áreas subcorticales. En este sentido, se han encontrado asociaciones entre el desempeño en tareas de memoria y el cuerpo estriado y el tálamo; este último también se ha encontrado asociado a problemas en las funciones ejecutivas (Mihaljević-Peleš, et al., 2019). Estudios a partir de neuroimágenes han observado en pacientes con esquizofrenia una reducción de múltiples regiones, con su consecuente afección en la función cognitiva. Se han encontrado asociaciones entre la reducción del lóbulo frontal y alteraciones en las funciones ejecutivas, así como reducción del hipocampo asociado a afectaciones de la memoria episódica. Otros autores, proponen que el funcionamiento cognitivo puede verse afectado por un desequilibrio en neurotransmisores (Stephan et al., 2009). Por ejemplo, la dopamina, acetilcolina y serotonina cumplen un rol importante en la plasticidad sináptica.

Por otra parte, Heinreichs (2004) realizó un metaanálisis en el que indagó la efectividad de la evaluación neuropsicológica para discriminar pacientes con esquizofrenia de individuos sin la enfermedad, encontrando que estas técnicas podían ser más efectivas que evaluaciones biológicas como los estudios de neuroimagen. Según el autor, la literatura observó que evaluaciones psicométricas con tareas que abordan las capacidades de aprendizaje, razonamiento, atención selectiva, percepción visual y auditiva y expresión verbal han permitido detectar pacientes con esquizofrenia (Heinreichs, 2004), a partir de un perfil cognitivo que se diferencia de otros cuadros (Heaton, 1994).

Los estudios sobre las alteraciones cognitivas en el trastorno esquizofrénico han reportado déficit selectivo en un abanico variado de funciones: memoria, velocidad de procesamiento, habilidades motoras, funciones ejecutivas, cognición social y deterioro cognitivo global moderado (Heaton, 1994; Heinreichs, 2004;

Pénades, Franck, González y Derkele, 2019; Mihaljević-Peleš, et al., 2019; Piñon, Álvarez, Torres, Vázquez y Otero, 2012).

El abordaje de las alteraciones de la memoria, tanto en la esquizofrenia como en otros trastornos, toma como punto de partida la delimitación de qué proceso subyacente se encuentra alterado: codificación, almacenamiento o recuperación. Heaton, et al (1994), al comparar pacientes con esquizofrenia y paciente con demencia de tipo Alzheimer, reportaron que los primeros tenían más problemas en el proceso de adquisición de nueva información y no en la recuperación tardía de la misma. De hecho, esto constituye la alteración característica del trastorno psicótico. En esta línea, Stone, et al (2011) encontraron bajos rendimiento en memoria verbal, especialmente en la codificación de la información, a partir del California Verbal Learning Test (CVLT).

La velocidad de procesamiento supone la cantidad de información procesada o cantidad de operaciones cognitivas a realizar en una unidad de tiempo determinada (Lago, Céspedes, 2004). Piñon et al. (2018) encontraron bajos niveles en procesamiento de lectura a partir del Test de Stroop y bajos niveles de procesamiento visuoespacial en el Trail Making Test- A (TMT-A). En contraste, observaron niveles medio de rendimiento en velocidad procesamiento psicomotor, obtenido a partir de la Escala de Wechsler de Inteligencia-III (WAIS-III). Sin embargo, no hay amplio consenso ya que Heaton et al (1994) encontraron deterioro moderado a grave utilizando como instrumento Aphasia Screening Test, Tactual Performance Test, TMT-A y WAIS-R.

Por último, la literatura ha reportado déficits a nivel de las funciones ejecutivas, habilidades que permiten lograr metas a partir de la planificación y el monitoreo de las secuencias de pasos a realizar. El constructo funciones ejecutivas resulta un término paraguas que abarca la integración de funciones cognitivas como el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva (Santa-Cruz y Rosas, 2017). En primer lugar, se desarrollan las funciones ejecutivas primarias o de aparición tempranas que implicarían la memoria de trabajo y el control inhibitorio. Una vez adquiridas estas funciones más tempranas, se desarrolla la flexibilidad cognitiva, que consiste en la capacidad de visualizar y manipular información sin la

interferencia de factores innecesarios, para poder organizar nuevas formas de resolución de problemas.

Gold, et al (2018) han comparado el rendimiento en tareas de funciones ejecutivas primarias en pacientes con esquizofrenia y en personas sanas utilizando técnicas de recolección de datos construidas ad hoc. Los autores observaron que las personas con esquizofrenia rendían peor que el grupo control en memoria trabajo, control ejecutivo y en tareas que requerían de selección atencional. No obstante, demostraron que en aquellas tareas en las que se brindaban señales de guía para focalizar la atención el rendimiento mejoraba. Los autores proponen que los pacientes muestran rendimiento normales en atención cuando el procesamiento de la información es bottom-up es decir que el control atencional es involuntario debido a que el sujeto no pone en marcha ningún tipo de mecanismo intencional y son los estímulos los que controlan y dirigen la atención.

2.2.2. Exploración neuropsicológica del espectro esquizofrénico

Debido a la complejidad de los déficits que caracterizan al trastorno, el National Institute of Mental Health desarrolló la llamada Iniciativa de Medición y Tratamiento para Mejorar la Cognición en la Esquizofrenia (MATRICS). Para esto se diseñó la Matrics Consensus Cognitive Battery (MCCB) como herramienta utilizada en ensayos clínicos que abordan la cognición en esquizofrenia (August, Kiwanuka, McMahon y Gold, 2012). Distintos estudios han encontrado que la MCCB es sensible a la detección de alteraciones cognitivas propias de la esquizofrenia (August, Kiwanuka, McMahon y Gold, 2012; Kern, et al, 2011; Keefe, et al., 2011). Esta batería se encuentra constituida por una serie de pruebas orientadas a diversos dominios afectados en el trastorno:

Tabla 4 Dominios y pruebas propuestas por MATRICS

Dominio	Prueba
Velocidad de Procesamiento	Codificación de puntos de CABS; fluidez verbal por categorías; y TMT-A
Vigilancia Atencional	Test de rendimiento continuo-Pares idénticos
Memoria de Trabajo (No verbal)	Escala de memoria de Weschler-III: span espacial.
Memoria de Trabajo (Verbal)	Escala de Memoria de Weschler III: span de Letra/ Número
Aprendizaje Verbal	Test de aprendizaje verbal de Hopkins revisado
Aprendizaje visual	Prueba de memoria visuoespacial revisada
Razonamiento y resolución de problemas	Laberintos de NAB.
Cognición social	Prueba de manejo de emociones Test de inteligencia emocional Myaer-Salovey-Carusso

La importancia de este proyecto consistió en considerar a la evaluación de la cognición como una medida esencial al diagnóstico del trastorno esquizofrénico. El sentido de este programa de evaluación fue cubrir un amplio espectro de funciones cognitivas que pueden estar alteradas de manera diferencial en cada paciente. El DSM-5 se propuso la utilización de esta prueba en consenso entre todos los profesionales con el fin de mejorar las intervenciones en la atención a pacientes con esquizofrenia. Se produce así un salto de las visiones que priorizan la descripción sindrómica del trastorno hacia una búsqueda de verificar por medio de la evaluación neuropsicológica patrones alterados de procesamiento, dando así un asiento material al trastorno.

El proyecto MATRICS incluyó dentro de los dominios de evaluación del trastorno la Cognición social, convirtiendo en este dominio en un foco de interés para la investigación de la esquizofrenia.

2.3. Cognición Social y Esquizofrenia

Como se ha observado, el estudio de las funciones cognitivas en la esquizofrenia han sido relativamente postergadas en comparación con otros cuadros psiquiátricos. No obstante, en las últimas décadas se ha avanzado mucho en el conocimiento de los déficits y en el establecimiento de un perfil neuropsicológico del trastorno. Una de las variables que más relevancia ha cobrado en relación con la esquizofrenia es la de la cognición social.

La cognición social refiere a la capacidad de los individuos para pensar sobre sí mismos y sobre otros (Pena Garijo y Monfort-Escrig, 2020). Específicamente, la cognición social tiene la función de interpretar las intenciones y emociones, identificar las expresiones afectivas y atribuir estados mentales a otros. La cognición social se encuentra disociada de la capacidad cognitiva general, observando correlatos neurobiológicos particulares. La detección de las áreas cerebrales implicadas se ha podido determinar a partir del estudio de trastornos en los que el constructo se ve afectado. Tal es el caso del trastorno de la personalidad límite, y antisocial, del trastorno bipolar, del trastorno del espectro autista y de la esquizofrenia (Peralta y Cuesta, 2017). Se ha observado la implicación del córtex medial prefrontal, el giro fusiforme, surco temporal superior, unión tèmpero-parietal y la amígdala (Peralta y Cuesta, 2017; García, Aliste y Soto 2018).

En 1992, Frith propuso un modelo explicativo de los trastornos que presentan los pacientes esquizofrénicos basándose en el estudio de la cognición social. Según Frith, en la adolescencia, el paciente desarrolla una incapacidad para deducir el contenido de los estados mentales, de otras personas. A diferencia de los déficits presentados por personas del espectro autista, que nunca pudieron adquirir la capacidad para “mentalizar”, en la esquizofrenia existiría una alteración en el conocimiento acerca de que las personas poseen estados mentales. Producto del desarrollo de la enfermedad durante la juventud, aparece, una disfunción en la capacidad de metarrepresentación, un déficit cognitivo en el reconocimiento y monitorización de los contenidos de la propia mente y la de los demás. Estos déficits implican una dificultad para describir las propias experiencias internas y una falta de control por parte de los procesos conscientes superiores (del "sistema atencional

supervisor" propuesto por Shallice). El déficit cognitivo nuclear en las principales áreas de auto-conciencia explicaría la aparición de síntomas tanto negativos, por la falta de conciencia de las propias metas, una disminuida capacidad para la acción y una falta de voluntad, y de los síntomas positivos por la ausencia de conciencia de las propias intenciones, pobreza de autocontrol superior y la aparición de vivencias de control externo (delirios de control, inserción y robo de pensamiento, etc.).

Atendiendo a la heterogeneidad de componentes que subyacen a la categoría de cognición social, los investigadores han centrado sus estudios cinco dominios para valorar el constructo (Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020; García, Aliste y Soto 2018): Teoría de la mente, percepción social, conocimiento social, percepción emocional y sesgo atribucional.

2.3.1. Teoría de la Mente:

La Teoría de la mente se define como la capacidad de para inferir intenciones y creencias en otros, a partir de la atribución de estados mentales (Green, Horan y Lee, 2015). Las primeras investigaciones con población psiquiátrica se centraron en el estudio del trastorno del espectro autista, para luego definirse como un componente central de la cognición social que debía ser indagado en otros trastornos y alteraciones mentales, como es la esquizofrenia (García, Aliste y Soto 2018). En este sentido, la habilidad de Teoría de la mente es una habilidad metacognitiva que permite procesar información sobre los procesos cognitivos propios y de otros (Zegarra y Chino, 2017). Esto ha llevado a que se definiera como una capacidad mentalista, que permite distinguir estados mentales propios y ajenos (diferenciación subjetiva), diferenciar entre distintos tipos de estados en base al contenido, atribuir estados distintos a uno y a otros en post de lograr predecir y explicar la conducta de los seres humanos (Zegarra y Chino, 2017).

A su vez, una buena habilidad de Teoría de la mente permite atribuir intencionalidad a los sujetos con los que se interactúa. En este sentido los estados mentales tienen un contenido, una actitud hacia este contenido y un sujeto que les sirve de soporte. Esto en lógica ha sido definido como actitud proposicional (Zegarra

y Chino, 2017). La importancia de la atribución de intencionalidad implica comprender que el contenido de las actitudes proposicionales no es necesariamente verdadero. Es decir, la oración “José cree que la comida es deliciosa” no implica que sea verdad que la comida es deliciosa. Asimismo, las habilidades de Teoría de la mente permiten indagar sobre estados mentales en los que las representaciones pueden subordinarse a otros sistemas representacionales en un número indeterminado de veces. De tal modo, se han identificado creencias sobre contenidos no mentales que son de 1° orden y creencias sobre otras creencias, que han sido denominadas como de 2° orden (Rebolleda, 2017).

2.3.1.1. Evaluación de la Teoría de la Mente:

Los primeros estudios que centraron su atención en la evaluación de este constructo estuvieron destinados a población del espectro autista. Más tarde estos procedimientos fueron adaptados para incluir otras poblaciones psiquiátricas, incluidas la esquizofrenia. Estas tareas suelen implicar diferentes historias que permiten evaluar distintas creencias o intenciones acerca de la mente de otros. Entre las herramientas más utilizadas se encuentran la prueba de Faux Pas Task (Stone, Baron-Cohen, Calder y Keane, 1998), que presenta veinte historias en las que un personaje comete un error al decir algo inadecuado a otro; el entrevistado debe detectar qué cosa inadecuada se ha dicho e inferir cómo se debe haber sentido el otro personaje. De esta manera, el sujeto debe detectar las creencias falsas que llevaron a que el primer personaje dijese el comentario erróneo y atribuir un estado emocional al otro personaje que recibió el comentario inapropiado.

Otra de las medidas utilizadas para evaluar Teoría de la Mente ha sido el test de las miradas. Según Baron-Cohen et al. (2001) el análisis del test de las miradas implica por un lado el conocimiento semántico de los términos que permitan definir el estado mental observado como estímulo en el test así como la comparación de los ojos de la fotografía con expresiones del área de los ojos guardadas en la memoria. El procesamiento de estímulos complejos convierte a esta tarea en una medida avanzada de Teoría de la Mente, basado en la hipótesis del investigador que sostiene que la zona ocular transmite suficiente información para entender los

estados mentales de una persona. Este autor realizó múltiples investigaciones concluyendo que para entender los estados mentales complejos, los ojos (y no la boca) proporcionan tanta información como la cara en su conjunto (Baron-Cohen, Wheelwright y Jolliffe, 1997).

Otra tarea frecuentemente utilizada es la de Sally y Anne (Baron- Cohen, Leslie y Frith, 1985) en la cual se puede detectar la capacidad de abordar falsas creencias de primer y segundo orden. En este caso se presenta una historieta en donde se encuentran dos personajes; una tiene una canasta y la otra una caja. La primera coloca una pelota dentro de la canasta y se va de la habitación; luego la segunda saca la pelota de la canasta y la ubica en su caja. Por último, en el último cuadro el primer personaje vuelve al cuadro y el entrevistado debe responder dónde este buscará su pelota. De esta manera, el entrevistado deberá tener la capacidad de dar cuenta de que el primer personaje tiene una falsa creencia, es decir el contenido de su estado mental es diferente al de la situación real.

En las investigaciones de pacientes con esquizofrenia se ha utilizado el Hinting Task diseñado por Corcoran, Mercer y Firth (1995), que presenta diez historias cortas donde se muestran interacciones entre dos personajes. Al finalizar un personaje transmite una indirecta a otro, y ésta debe ser interpretada correctamente por parte del sujeto (Rebolleda, 2017). También se observa el uso de la Eye-Task (Baron- Cohen, Wheelwright, Hill, Raste y Plumb, 2001), tarea que implica mostrar una serie de fotografías en las que solo se ven rostros y el entrevistado debe inferir qué estado emocional presenta la persona a partir de cuatro opciones que se les brindan.

2.3.2. Percepción Social y Conocimiento social:

La percepción social involucra el conjunto de reglas y roles sociales que deben utilizarse en distintos contextos (Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020). Esta habilidad requiere interpretar una serie de indicadores propios de la comunicación no verbal. Dentro del estudio de la percepción social se ha estudiado, especialmente en pacientes con esquizofrenia, la habilidad para percibir comunicación facial. La

percepción facial puede observarse afectada de manera independiente al procesamiento de información afectiva de aquella no afectiva. Por otro lado, la percepción social también involucra el procesamiento de la información que se transmite vía oral, es decir las propiedades acústicas del discurso como la entonación, ritmo y tono de la voz (Green, Horan y Lee, 2015). Por último, también se ha ubicado en esta categoría la capacidad de codificar el sentido que toma el uso de determinados verbos, ya que esta información permite detectar la naturaleza de las interacciones sociales en las que se ven involucrados los seres humanos (García, Aliste y Soto 2018).

De esta manera, la percepción social se diferencia en dos procesos cognitivos: en primer lugar, se requiere tener la capacidad de clasificar e interpretar la conducta observada; ya sea facial, corporal o prosódica. En segundo lugar, esta conducta debe ser valorada en base a si esta es un carácter estable del individuo con el que se interactúa o si se debe a factores contextuales; es decir el sujeto deberá atribuir una causalidad a la conducta que observa.

Más allá de la capacidad cognitiva del sujeto para detectar indicadores comunicacionales, categorizarlos e interpretarlos, es fundamental que el mismo tenga el conocimiento social necesario para poder llevar a cabo la comunicación (Rebolleda, 2017). Como se ha mencionado, la percepción social implica la interpretación de reglas y roles sociales, los cuales son arbitrarios y específicos de determinados contextos. De esta manera, la percepción solamente es posible si el sujeto cuenta con el conocimiento de las reglas y roles a partir de los cuales debe interpretar la conducta de los sus interlocutores. Es por ese motivo que la percepción social se encuentra altamente vinculada con el cuarto componente de la cognición social que es el conocimiento social o esquema social (Corrigan y Green, 1993; Green et al., 2005). El conocimiento social se refiere a la capacidad para identificar los componentes que pueden caracterizar una determinada situación social (roles, reglas y objetivos). Los esquemas esperables en distintas situaciones sociales varían en función de las características de esa situación. Para poder llevar adelante una conducta adaptada se debe interpretar una serie de componentes básicos: acciones, roles, reglas y fines o metas. El análisis de estos elementos guían al

individuo en su comportamiento durante en las situaciones sociales (por ejemplo, realizar silencio durante una clase). El conocimiento social brinda un marco de referencia que permite al sujeto saber cómo debe actuar, qué es lo que se espera de él y de los otros actores en la situación, cuáles son las reglas que por convención se utilizan en esa situación y cuáles son las razones por las que se ve implicado en esa situación social. (De Achaval, 2010).

2.3.2.1. Evaluación de la percepción social y del conocimiento social

La evaluación de este dominio de la cognición social se basa en la distinción mencionada anteriormente: por un lado, la capacidad de detectar indicadores comunicacionales que permitan mantener interacciones eficaces y por otro, el conocimiento que presenta la persona respecto del significado de estos indicadores.

Respecto de la detección de indicadores en la comunicación no verbal los instrumentos se encuentran constituidos por la presentación de videos en donde se observan interacciones entre varios personajes o se muestran a individuos realizando gestos corporales. En este sentido, se ha diseñado el Social Cues recognition Test (Corrigan y Green, 1993) en donde se muestran 8 situaciones presentadas en un video a partir de la cual el sujeto debe contestar una serie de ítems verdadero o falso para evaluar la detección de indicadores sociales concretos y abstractos. El videotape Affect Perception Test (Bellack, Sayers, Mueser y Bennet, 1994) presenta 30 escenas extraídas de películas que muestran interacciones entre personajes que deben valorarse desde muy agradable a muy desagradable. Por último también se encuentra el PONS que expone al participante a una serie de emociones no verbales (Martínez, Fernández y Martínez, 2013). Los ítems proponen 6 canales expresivos y combinaciones: 16 vídeos solamente se presenta el cuerpo (del cuello hasta las rodillas), 16 vídeos solo del rostro, 16 sonidos de prosodia emocionales, 16 ítems que combinan vídeos con prosodia. En nuestro país se cuenta con la prueba de reconocimiento de emociones a través del rostro y del cuerpo utilizando estímulos dinámicos (Leiva, 2017) llamada batería de reconocimiento de expresiones faciales y corporales, compuesta por 5 pruebas donde se presentan estímulos de videos con una duración aproximada de cinco

segundos cada uno donde se muestran personas expresando emociones con el rostro o el cuerpo completo, o realizando movimientos sin contenido emocional.

Entre los instrumentos que valoran el conocimiento social que manifiesta la persona para poder detectar los indicadores comunicacionales se encuentra el Schema Comprehension Sequencing Test-Revised (Corrigan y Addis, 1995) compuesto de doce tarjetas que describen diferentes situaciones sociales y el sujeto tiene que completar la secuencia de acciones que debería realizar para desenvolverse correctamente en estas situaciones. Por último, también se encuentra el Situational Features Recognition Test (Corrigan y Green 1993) el cual presenta una lista de situaciones que varían en base a la familiaridad que el sujeto tiene con las mismas; en base a esto se deben detectar cuales son comunes y podrían acontecer y cuáles no.

2.3.3. Sesgo de atribución

Los sesgos de atribución hacen referencia a la tendencia por realizar interpretaciones causales acerca de las situaciones experimentadas, dar significado e interpretar los eventos con la finalidad de comprender el por qué de determinados comportamiento en situaciones sociales (Weiten, 2001). Comprender las razones que motivan las conductas de las personas forma parte de las capacidades metacognitivas. La capacidad metacognitiva permite integrar información compleja acerca de uno mismo y de los otros mediante representaciones con la finalidad de responder efectivamente a los desafíos de un medio social (Pena-Garijo y Monfort-Escrig, 2020). Las personas tienden a atribuir significados a los acontecimientos para dotar de coherencia al sí mismo y al mundo. El significado de un acontecimiento se basa en la atribución que el individuo hace sobre su causa (Green y Horan 2010). Los estudios sobre sesgos de atribución distinguen habitualmente tres tipos de atribuciones: a) atribuciones personales externas (i.e., causas atribuidas a otras personas), b) atribuciones situacionales externas (i.e., causas atribuidas a factores situacionales), y c) atribuciones internas (i.e., causas atribuidas a uno mismo)

Se ha observado que las personas que padecen esquizofrenia realizan evaluaciones más negativas al tiempo que consideran que otras personas efectúan evaluaciones más negativas sobre ellos (Chadwick y Trower, 1997). Se ha hipotetizado además que la presencia de sesgos cognitivos favorece la formación de ideas delirantes por medio de dos mecanismos: la atención selectiva y la memoria sesgada, priorizando la información congruentes con el delirio y desestimando la evidencia en contrario (Bell, Halligan, y Ellis, 2006, Woodward, et al., 2006).

Los sesgos cognitivos más estudiados dentro del espectro esquizofrénico comprenden a) el “salto a las conclusiones” (Garety et al., 1991) consistente en tomar decisiones o emitir juicios sin contar con información respaldatoria; b) “contra la evidencia disconfirmatoria” (Woodward et al., 2006) que supone una tendencia a ignorar la evidencia que contradice las creencias propias; c) sesgo de autoservicio "self-serving bias" (Bentall et al., 1991) descrito como la tendencia de los pacientes a atribuirse el éxito preferiblemente a sí mismos en lugar de a los demás d) exceso de confianza en la propia memoria (Moritz et al, 2003) La presencia de fallos en la memoria genera falsos recuerdos que los pacientes con esquizofrenia tienden a sostener con gran seguridad.

2.3.3.1. Evaluación de sesgo de atribución

El estilo de atribución puede ser definido de manera operativa como un comportamiento verbal, que refleja la forma en que se infieren las causas de eventos positivos o negativos (Tobar Henríquez, 2016). El estudio de los sesgos de atribución tradicionalmente se ha realizado a partir de cuestionarios donde se describen diferentes situaciones sociales para posteriormente solicitar proponer una explicación del por qué tuvo lugar ese hecho. Las pruebas más utilizadas son el Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ) (Combs, Penn, Wicher y Waldheter, 2007) y el Internal, Personal and Situational Attribution Questionnaire, (IPSAQ) (Kinderman y Bentall, 1996). Ninguna de ellas cuenta con datos normativos y validación para el español hasta el presente.

The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ) (Combs, Penn, Wicher y Waldheter, 2007) es un instrumento que evalúa los sesgos de atribución analizando posibles tendencias del sujeto a realizar interpretaciones negativas acerca de las intenciones de los otros y la posible tendencia a responder ante dichas intenciones de forma hostil. La prueba consiste en una serie de viñetas que describen diferentes situaciones sociales para luego indagar acerca de las intenciones de los personajes y la respuesta que darían los sujetos mismos ante dichas situaciones si estuvieran en el lugar.

El Internal Personal and Situational Attribution Questionnaire, (IPSAQ) (Kinderman y Bentall, 1996) valora la capacidad del sujeto de a lo largo de 32 situaciones hipotéticas (la mitad son positivas y la mitad negativas), tres tipos de sesgos: atribuciones externas personales, atribuciones externas situacionales y atribuciones internas.

2.3.4. Procesamiento emocional

Comprender, expresar y manejar las emociones de manera eficiente forma parte de un grupo de habilidades que se engloban dentro de lo que se conoce como el procesamiento emocional. Salovey y Sluyter (citado en Green et al. 2005) proponen un modelo de 4 componentes implicados en la inteligencia emocional para analizar el constructo: 1) identificar emociones, 2) facilitarlas, 3) comprenderlas y manejarlas. El proceso de identificar las emociones implica la capacidad para percibir la emoción expresada en rostros e imágenes. La facilitación de las emociones refiere a la capacidad para evaluar la utilidad de una emoción específica en la resolución de una tarea cognitiva o en el desarrollo de un comportamiento. La comprensión de las emociones supone la capacidad para comprender las combinaciones y cambios entre emociones. Finalmente, el manejo de las emociones es el que permite la regulación de las emociones mediante la adecuación de juicios sobre sí mismo y comportamientos hacia los otros de una manera acorde al contexto. Los estudios sobre el procesamiento emocional en esquizofrenia se han desarrollado principalmente en el área del reconocimiento de emociones y del manejo y la regulación emocional.

Respecto al reconocimiento de emociones a partir de expresiones faciales, se han descrito fallos para reconocer y entender expresiones faciales que manifiestan emociones, una tendencia por identificar emociones negativas en tareas que implican reconocimiento de caras neutras o sin emoción, y un deterioro en la capacidad para expresar emociones faciales propias (Durá, et al., 2008).

Se ha descrito que los pacientes con esquizofrenia evidencian alteraciones en la comprensión y regulación de las emociones evaluada mediante cuestionarios que exploran la capacidad para establecer la eficacia de distintas conductas en la regulación de emociones ante una situación problema (Kee et al., 2009, Mondragón-Maya et al., 2017).

2.3.4.1. Evaluación del procesamiento emocional.

Uno de los mecanismos más utilizados para evaluar el procesamiento de emociones es a través de tareas que requieren la identificación de estados emocionales. Se han propuesto distintas pruebas para ponderar este constructo entre las que se incluyen el registro de la capacidad para identificar un estado afectivo, mediante la percepción de determinadas características del rostro, el tono de voz, mediante la identificación de la prosodia afectiva, el uso de imágenes evocadoras de situaciones afectivas, y tareas que evalúan la regulación y utilización de emociones, mediante cuestionarios de situaciones sociales (Pinkham et al., 2014, McCleery et al., 2016).

Entre los instrumentos más utilizados en investigación para evaluar la percepción y el reconocimiento de emociones o afecto facial se destaca el Pictures of Facial Affect (Ekman, 1976), compuesto por un conjunto de 110 fotografías en las que se visualizan personas expresando diferentes emociones. Los pacientes deben identificar si es una emoción de tristeza, alegría, miedo, enojo, asco, sorpresa o es neutra. Otra batería es la Face Emotion Identification Test (FEDT; Kerr y Neale, 1993) estructurada a partir de 19 fotografías en blanco y negro con caras que expresan seis emociones básicas (alegría, tristeza, enojo, miedo, sorpresa y vergüenza). Los ítems son presentados en computadora durante 15 segundos. El

participante debe elegir entre las seis emociones a cuál refiere. El Face Emotion Discrimination Test (FEIT; Kerr y Neale, 1993) incluye 30 pares de fotografías de personas del mismo sexo. Cada par de fotografías es presentado por un software durante 15 segundos y la tarea consiste en discriminar si la emoción percibida en ambos rostros es la misma o diferente. Todas estas pruebas consisten en la presentación de rostros que valoran la capacidad de reconocimiento emocional, pero prescinden de las claves que puede aportar el contexto en el que se expresa la emoción. La prueba de Inteligencia Emocional de Mayer, Salovey y Caruso, (2002) requiere que el participante evalúe la eficacia de ciertas conductas en función de conseguir un resultado concreto. En las situaciones que se presentan la persona deba regular sus emociones y las relacionadas con otras personas (Mayer, Salovey y Caruso; 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2009). En Argentina se cuenta con la adaptación de la evaluación Mini-Sea (Mini Social Cognition and Emotional Assessment) que incluye una versión abreviada basada en la prueba de reconocimiento de afectos de Ekman. (Clarens, 2021)

2.4. Conducta suicida en esquizofrenia

Aunque la conducta suicida no se ubica como un criterio para llevar a cabo el diagnóstico de esquizofrenia, es necesario detenerse en esta problemática ya que es una de las causas principales de muerte asociadas con este trastorno (Acosta, Aguilar, Cejas, Gracia, Caballero y Siris, 2009; Jakhar, Beniwal, Bhatia y Deshpande, 2017). El riesgo de suicidio es un continuo entre la ideación suicida (ideación, intentos y planificación) y el acto consumado (Ventriglio et al., 2016). La ideación suicida y las conductas autolesivas son fuertes predictores de la conducta suicida en la esquizofrenia (Kjelby et al., 2015).

Se estima que las personas que padecen esquizofrenia presentan una tasa de suicidio consumado de 4,9% (Siris, 2001), mientras que entre el 20 y el 55% presenta algún intento en su vida (Palmer, Pankratz y Bostwick, 2005). A su vez, el riesgo de suicidio en pacientes con primer episodio de psicosis es doce veces mayor que en la población general (Dutta, Murray, Allardyce, Jones y Boydell, 2011). En

una revisión sistemática, Ventriglio y su equipo (2016) recopilaron la incidencia/epidemiología y los posibles factores de riesgo utilizando distintos estudios que evaluaban el primer episodio de esquizofrenia. Los autores realizaron una división en cuatro etapas: fase prodrómica, psicosis no tratada, psicosis aguda en tratamiento, y rehabilitación post episodio. La caracterización de cada fase se resumen en la Tabla 5.

Tabla 5 Resumen de incidencia/epidemiología y posibles factores de riesgo (adaptado de Ventriglio et al., 2016)

Fase	Incidencia/epidemiología	Posibles factores de riesgo
Fase prodrómica	90% de personas jóvenes que presentan síntomas riesgo reportan ideación suicida	Padecimiento debido a la presencia de síntomas pre-psicóticos nunca antes experimentados
Psicosis no tratada	Gran mayoría presenta riesgo suicida en esta etapa y el 25% ya han tenido un intento pre inicio de tratamiento.	Se ha observado una demora significativa en el inicio del tratamiento, llegando a tardarse hasta un año.
Psicosis aguda y tratamiento	El 11% de los intentos suicidas se encuentran en esta etapa	La conducta suicida se encuentra asociada a sintomatología y sentimientos propios de esta etapa (alucinaciones, miedo, vergüenza, rechazo, estigmatización, etc.).
Recuperación pos psicosis	Luego del episodio agudo el 15% de los pacientes pueden presentar niveles altos de suicidio	Aunque los síntomas de carácter más psicótico han remitido la persistencia de problemáticas cognitivas puede afectar la funcionalidad diaria, agudizando la ideación suicida.

Se ha observado que el 55% de los intentos de suicidio en esta población se dan al inicio del trastorno o en el primer año de desarrollo (Jakhar et al., 2017). El riesgo es mayor en primeros episodios que en pacientes crónicos (Togay, Noyan, Tasdelen y Ucock, 2015).

Entre los factores de riesgo para la conducta suicida en pacientes con esquizofrenia se han descrito: depresión, desesperanza, tentativas suicidas previas, duración menor a 10 años del trastorno, pérdidas recientes, consumo problemático, poca adherencia al tratamiento y el hecho de vivir solo (Acosta et al., 2009).

Un factor de riesgo que se ha destacado como específico de la población ha sido la poca presencia de síntomas negativos. En este sentido, se ha encontrado que la sintomatología negativa parece funcionar como factor protector, ya que el deterioro cognitivo trae consigo menor conciencia de la enfermedad, a la vez que el embotamiento afectivo, la indiferencia hacia el futuro y la anhedonia protegerían ante la vivencia de experiencias dolorosas que conducen a la depresión y a la desesperanza (Fenton, 2000; Fenton, McGlashan, Victor y Blyler, 1997). Por otra parte, los síntomas positivos, como las alucinaciones, presentaron una asociación fuerte con la planificación suicida, pero la ideación persecutoria no se encontró asociada de manera directa. Es posible que las alucinaciones presenten un contenido negativo y peyorativo sobre el individuo favoreciendo el acto suicida; o que la experiencia de voces de comando sobre las conductas pueda inducir a realizar conductas autolesivas (Jakhar, et al, 2017).

A pesar de que los pacientes con esquizofrenia presentan un riesgo excepcionalmente alto de padecer ideas y comportamiento suicida, la perspectiva neuropsicológica en relación con esta problemática aún no ha sido profundamente desarrollada. En este sentido, Nangle y su equipo (2006) implementaron una batería neuropsicológica en pacientes con y sin intentos suicidas y encontraron que los primeros evidencian un mejor rendimiento cognitivo que los segundos. Especialmente, hallaron que la presencia de buenos niveles de funciones ejecutivas puede influir en la habilidad para la planificación suicida (citado en Ventriglio et al., 2016). Niveles altos de rendimiento, particularmente atención, velocidad psicomotora, fluencia verbal, memoria verbal, memoria de trabajo y funciones ejecutivas se encuentran relacionadas con conductas suicidas (Kim, Jayathilake y Meltzer, 2003; citado en Ventriglio, et al, 2016).

2.4.1. Cognición social y conducta suicida en el espectro esquizofrénico

El riesgo de suicidio en población con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia se ha reportado desde largo tiempo atrás, Bleuler planteó que “el impulso suicida es el más grave de los síntomas esquizofrénicos” (Bleuler ,1908). Es por esta razón que la identificación de marcadores y moderadores del riesgo suicida se ha convertido en un interés de la investigación, en tanto permitiría disminuir la letalidad mediante intervenciones dirigidas. Si bien la conducta suicida se compone de una variedad de determinantes que la revisten de una complejidad difícil de ser analizada, en los últimos años se han propuesto distintos modelos para intentar explicar algunos de los factores de riesgo conocidos. Entre los factores de riesgo estudiados, los déficits de cognición social han sido señalados como un posible marcador a tener en cuenta en el desarrollo de actos suicidas.

Distintos estudios demuestran una conexión entre la conducta suicida y la falta de integración social en el espectro de la esquizofrenia. Se ha estudiado el desarrollo de ideas y conductas autolíticas en individuos con alto riesgo de desarrollar esquizofrenia que presentaron un funcionamiento social pobre durante la infancia y adolescencia (Modestin et al., 1992, Müller et al., 2005). También se ha descrito un mayor riesgo autolítico en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que presentan un mayor aislamiento social (Montross et al., 2005). El funcionamiento cognitivo social se ha propuesto como moderador potencial del riesgo suicida (Jollant et al., 2011; O'Connor y Noc, 2014).

O'Connor y Kirtley (2018) han propuesto que las anomalías en la cognición social pueden provocar una sensación de atrapamiento debida a la falta de perspectiva de escape o una percepción disminuida de la ayuda que pueden brindar las demás personas. Estos sesgos cognitivos han sido asociados al desarrollo de ideas de suicidio.

Según el modelo neurocognitivo de comportamiento suicida propuesto por Jollant y su equipo (2011), existiría una relación entre los déficits en cognición social y el comportamiento suicida debido a una interpretación alterada de las señales externas con un predominio hacia las emociones negativas de los otros. Como

evidencia convergente se ha observado una mayor precisión en la identificación de emociones faciales negativas en individuos con esquizofrenia que presentaron ideación suicida en comparación con individuos con esquizofrenia sin ideación suicida (Depp et al., 2018). Además, la presencia de historia de intentos suicidas y de ideación se ha relacionado con una tendencia a interpretar rostros con un sesgo hacia el enojo (Villa et al., 2018).

Recientemente, Yates et al. (2019) han postulado un modelo que relaciona las habilidades neurocognitivas y de cognición social con el riesgo de desarrollar conductas suicidas. Estos autores identifican una vulnerabilidad asociada al deficiente procesamiento de la información social en el mundo real. La experiencia de situaciones estresantes puede generar problemas con el pensamiento y el razonamiento que de otro modo no serían evidentes en las personas que son vulnerables. Un contexto de mucho estrés y habilidades de comunicación deficientes, podría afectar negativamente la capacidad del individuo para formular planes lógicos para el manejo de los desafíos percibidos aumentando así la probabilidad de recurrir al suicidio como forma de resolución del conflicto. (Yates et al., 2019).

Los trastornos de mentalización parecen contribuir a las dificultades de los pacientes en la comprensión de las relaciones sociales y el desempeño eficiente en ámbitos que involucran patrones vinculares. El suicidio es un acto definitivo de apartamiento de la vida social y por lo tanto podría ser una respuesta ante las discapacidades de mentalización que les exige la vida diaria a estos pacientes.

Se ha señalado que el suicidio en la esquizofrenia presenta un carácter altamente impredecible, debido a muchos factores tales como que los pacientes no suelen comunicar sus intenciones, presentan conductas impulsivas, o que las escalas de valoración de suicidio no contemplan las particularidades de esta población (Shaffer, Perlin, Schmidt, y Stephens, 1974, Allebeck, Varla, Kristjansson, y Wistedt, 1987). El estudio de los factores de riesgo en la esquizofrenia ha sido la principal herramienta para valorar a los pacientes y pueden ser de utilidad para identificar grupos, pero muchas veces presenta una limitada utilidad para identificar pacientes concretos. Existe además cierta variabilidad de los factores a largo de la

vida del paciente. La evaluación neuropsicológica y la identificación de aspectos cognitivos estables que permitan evaluar y prevenir el riesgo resulta una herramienta fundamental para la comprensión de los cuadros que se presentan en la clínica.

2.5. Objetivos

El presente trabajo se propuso comparar la actuación de pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico que hayan presentado historia de intentos autolíticos y sin ella con el fin de describir el patrón de rendimiento de cada grupo en tareas de cognición social, particularmente las que implican el constructo de Teoría de la mente.

La investigación se ha llevado a cabo con la finalidad de aportar evidencia para responder las siguientes preguntas:

- ¿Las pruebas de evaluación de cognición social aportan información relevante para comprender las conductas de riesgo autolítico en pacientes del espectro esquizofrénico?
- ¿Los pacientes del espectro esquizofrénico poseen un patrón de rendimiento en tareas de Teoría de la mente particular que pueden predisponer a desarrollar conductas autolíticas?
- ¿La evaluación de la Teoría de la mente representa un dominio específico que puede ser estudiado de manera independiente a otros factores de riesgo conocidos de la conducta suicida en la esquizofrenia?

Objetivo general

- Caracterizar factores de riesgo epidemiológico para la conducta suicida en pacientes esquizofrénicos mediante la exploración de la Teoría de la Mente, variables demográficas, de inteligencia, cognición general y sintomatología psicótica.

Objetivos específicos

- Describir factores de riesgo epidemiológicos conocidos por la literatura científica a través del estudio de algunos aspectos sociodemográficos, de inteligencia y de cognición general en pacientes con diagnóstico del espectro esquizofrénico con y sin historia de intentos autolíticos.
- Estudiar a partir del rendimiento en una serie de pruebas neuropsicológicas las competencias de sensibilidad social, comprensión de actos de habla indirectos, capacidad de realizar atribuciones mentales de otras personas y reconocimiento facial de emociones en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que tuvieron algún intento de suicidio y en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia sin antecedente de conducta suicida.
- Describir la sintomatología clínica psicótica a través del relevamiento de información de la historia clínica, entrevistas clínicas y la escala de síntomas positivos y negativos de esquizofrenia (Escala PANSS) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que tuvieron algún intento de suicidio y en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia sin antecedente de conducta suicida.

3. Material y Métodos

3.1. Diseño:

Para el cumplimiento de estos objetivos se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal mediante el estudio de casos. La fuente de los datos fue la exploración de la historia clínica y la realización de entrevistas. La muestra se dividió en 2 grupos según la presencia o ausencia de historia de intentos de suicidio.

3.2. Población

Se seleccionaron pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia que cumplieran los criterios de inclusión para la definición de caso en el estudio. La muestra estuvo conformada por 10 pacientes pertenecientes a la población asistida en consultorios externos del hospital italiano de Buenos Aires durante el periodo de diciembre del año 2019 y diciembre del año 2021. El método de selección del grupo fue mediante muestreo no probabilístico y por conveniencia. Su participación fue voluntaria y sujeta al consentimiento informado.

3.3. Ámbito

La Investigación se llevó a cabo mediante la incorporación de pacientes asistidos en el departamento de consultorios externos del servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires. El área se ocupa de la atención ambulatoria de pacientes. Para ello cuenta con 19 consultorios en la sede central del Hospital Italiano, una red de aproximadamente 50 consultorios privados distribuidos en la Ciudad Autónoma de Bs As y atención en centros periféricos de Barrio Norte, Belgrano, Flores, Morón, Ramos Mejía y San Justo.

3.4. Criterios de selección para la definición de caso.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia, realizado por el psiquiatra o psicólogo a cargo según criterios del DSM 5.
- En seguimiento por el servicio de psiquiatría del HIBA con al menos una consulta ambulatoria o en hospital de día en los últimos 6 meses
- Pacientes con grado de escolarización primaria
- Haber firmado el consentimiento informado

3.4.2. Criterios de Exclusión

- Uso activo de drogas ilegales según lo indicado por el paciente o informe consignado en la historia clínica electrónica
- Historia de retraso mental consignado en la historia clínica del paciente.
- Antecedentes de trastornos neurológicos de epilepsia, delirium, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfisema, tumores cerebrales, encefalitis y demencia vascular, u otras causas de deterioro cognitivo detectables en los registros clínicos de los voluntarios.
- Síntomas psicóticos activos que hayan justificado un ajuste de dosis de antipsicóticos o admisión a una internación en las últimas dos semanas según registro de historia clínica.
- Imposibilidad de determinar fehacientemente, mediante la revisión de la historia clínica, o informe familiar la presencia o ausencia de antecedentes de conductas suicidas.

3.4.3. Criterios de Eliminación

- Coeficiente intelectual menor a 75 establecido a través del Test WAIS III abreviado.

3.5. Materiales para la evaluación de las variables de interés

3.5.1 Screening Cognitivo

Los participantes fueron evaluados con pruebas de screening cognitivo. Los exámenes que se utilizaron fueron el test cognitivo MoCA (Nasreddine, et al., 2005) y la batería de evaluación frontal Ineco frontal Screening, (Torralva et al., 2009) (ver Anexos C y D). Se utilizó el puntaje de corte de 8,58 para determinar un deterioro cognitivo en la prueba de Ineco Frontal Screening (Sierra Sanjuro et al., 2016).

Para determinar el cociente intelectual se utilizó una versión abreviada del test de inteligencia WAIS III, propuesta por Fuentes Durá et al (2010). Integrada por los sub-tests: Analogías (Comprensión verbal), Digito-Simbolo (Velocidad de procesamiento), Figuras Incompletas (Organización perceptiva) y Dígitos (Memoria de trabajo). El cociente intelectual se obtiene realizando la suma de las puntuaciones escalares lograda en cada una de las subpruebas y multiplicado este resultado por el valor 2,75. La puntuación escalar resultante de esta operación se redondea y se traslada al baremo correspondiente para obtener el CIT estimado.

3.5.2. Evaluación sintomatología psicótica

Los síntomas psicóticos fueron evaluados mediante la utilización de la Escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), debido a su amplio consenso en la investigación como uno de los instrumentos más fiables para valorar la sintomatología de los pacientes con esquizofrenia. Desarrollada por Kay et al.(1987) posee una adaptación al español realizada por Peralta et al. (1994), Su evaluación se lleva a cabo mediante una entrevista semiestructurada. En su versión original, la escala PANSS está compuesta por 30 ítems que se puntúan según una escala Likert desde 1 (ausente) a 7 (extremo), agrupados en tres factores: síndrome positivo (7 ítems), síndrome negativo (7 ítems) y psicopatología general (16 ítems).

3.5.3. Pruebas de Teoría de la Mente

Para la evaluación de Teoría de la Mente se utilizaron las pruebas de: Lectura de la mente a través de la lectura de la mirada, Faux Pas, Tarea de comprensión de discurso narrativo y Tarea de comprensión de actos de habla del Protocolo para la Evaluación de la Comunicación de Montreal. A continuación se detallan los procedimientos.

Lectura de la mente a través de la lectura de la mirada (Baron-Cohen et al., 2001).

Esta tarea consiste en observar una fotografía en la que se visualizan las miradas de 36 rostros. Se requiere que el sujeto haga una elección entre cuatro palabras impresas en la página en la que aparece la imagen para elegir aquella que a su criterio describe mejor lo que el individuo en la fotografía está pensando o sintiendo. Se le pide al participante: “Por favor elija la palabra que mejor describa lo que la persona está pensando o sintiendo. Usted puede sentir que más de una palabra es aplicable, pero por favor elija sólo una palabra, la palabra que considere más adecuada”. Debe responder lo más rápido posible pero sin límite de tiempo. Para facilitar la realización de la prueba se le provee al participante un glosario que puede utilizar en el caso que desconozca el significado de alguna de las palabras. El participante puede solicitar que el entrevistador lea en voz alta la definición del glosario. El puntaje total es de 36 puntos, asignándose un punto por cada respuesta correcta. Para su corrección se utilizaron las normas argentinas realizadas por el grupo de Roman, et al. (2012).

Test de Faux Pas o metida de pata (Baron-Cohen et al., 2001).

El test valora la capacidad para ponerse en el lugar de otras personas mediante el relato de veinte historias (diez de ellas con Faux Pas y otras diez historias neutras o de control). La tarea consiste en identificar la aparición o ausencia de una “metida de pata” considerada como un error desde el punto de vista social en la situación descrita por el relato. La resolución de la prueba implica la

capacidad de representarse los estados mentales de los protagonistas. Por un lado: el de la persona que dice algo que no debe decir y por el otro una persona que escucha y se ve ofendida. Para su puntuación, se consideran de manera distinta las historias “Faux Pas” y las historias neutras.

- Historia Faux Pas: Su puntuación considera seis preguntas para valorar el “Faux Pas” que suman un punto cada una y dos preguntas de control. La primera pregunta del cuestionario informa acerca de la detección de la metida de pata (¿Alguien dijo algo que no debía decir en esta historia?) por lo que un puntaje de cero en esta pregunta impide continuar con las siguientes cinco y se deben realizar las preguntas de control. La segunda pregunta refiere a la identificación del sujeto que ha realizado la acción errónea (¿Quién dijo algo que no debía decir?), la tercera pregunta apunta a evaluar la capacidad de comprender lo inapropiado del comentario realizado por el personaje de la historia (¿Por qué no debió haberlo dicho?), la cuarta y quinta preguntas valúan las intenciones del personaje (¿Por qué piensa que lo dijo? ¿Sabía X que Y?) finalmente la sexta pregunta intenta responder acerca de la capacidad de empatizar con los sentimientos de la persona ofendida (¿Cómo cree que X se sintió?) El puntaje mínimo es de cero y el máximo es de seis. La prueba contiene dos preguntas de control para evaluar la capacidad de memoria y comprensión global del sentido. Se consigna la puntuación bruta de cada paciente como medida de su desempeño en todas aquellas historias que se haya logrado responder acertadamente las dos preguntas de control.
- Historias Control: Se obtienen un puntaje de dos cuando se responde negativamente la pregunta acerca de la identificación del “Faux Pas” (“Nadie dijo algo que no debió haber dicho”) logrando un puntaje máximo de veinte puntos los sujetos que responden negativamente las diez historias y realicen adecuadamente las dos preguntas de control

En el presente trabajo se utilizó la adaptación argentina realizada por Serrano y Allegri (2006).

Tarea de comprensión de discurso narrativo del Protocolo para la Evaluación de la Comunicación de Montreal. (Ferrerres, A. et al. 2007)

El protocolo MEC consiste en 14 tareas que valoran los aspectos pragmáticos de la comunicación verbal. Una de estas pruebas es la de “comprensión de discurso narrativo” que evalúa la capacidad de comprender y recordar un texto narrativo y realizar inferencias mentales acerca de las intenciones del protagonista de una historia. El texto está organizado en cinco párrafos y no posee título. Durante el relato se desarrolla un conflicto que se resuelve mediante el engaño. La historia es resumida por Martínez y equipo (2013) de la siguiente manera “un campesino cava un pozo, pero éste se le desmorona. Para no hacer el trabajo nuevamente, el campesino idea una estrategia que consiste en dejar sus cosas al lado del pozo y esconderse en un árbol para que sus vecinos crean que él está enterrado en el pozo y caven hasta rescatarlo. Cuando terminan de sacar la tierra, el campesino sale de su escondite y les agradece por haberlo ayudado.”

La evaluación consta de cinco puntajes (Recuento de ideas principales, recuento de ideas totales, cantidad de ideas principales producidas durante el recuento de la historia completa, asignación de título a la historia y cuestionario de comprensión de la historia) que se evalúan mediante la realización de distintas tareas.

1. Una primera tarea donde el entrevistado debe escuchar un relato dividido por párrafos y resumirlo con sus palabras al finalizar cada uno. Se puntúa la capacidad para recordar las ideas principales con un puntaje de 0 a 17 y la capacidad para recuperar la información total con un puntaje de 0 a 30. Al finalizar el recuerdo por párrafos se realiza una nueva lectura del texto completo y se solicita que lo evoquen asignándose la puntuación en función de la cantidad de ideas principales que se logra evocar. Puntuación de 0 a 13 para las ideas principales del relato.
2. La segunda tarea consta de responder doce preguntas literales e inferenciales para evaluar la comprensión del texto obteniéndose un puntaje de 0 a 12.

3. Para la valoración de la realización de inferencias se solicita dar un título a la historia en dos oportunidades, al finalizar la tarea de evocación de la historia completa y luego de la realización de las preguntas de comprensión, asignándose un puntaje a los pacientes en una escala cualitativa de tres criterios, 1) Título relacionado con el contenido de la historia con presencia de generación de una inferencia en relación a las intenciones del protagonista, 2) Título relacionado con falta de generación de inferencia de las intenciones del protagonista y 3) Título no relacionado con la historia. Se puntuó mediante una variable dicotómica: Genera la inferencia igual a 1, No genera la inferencia igual a 0.

Tarea de comprensión de actos de habla del Protocolo para la Evaluación de la Comunicación de Montreal. (Ferrerres, A. et al. 2007)

Consiste en la lectura de veinte situaciones que suponen actos de habla directos e indirectos. Los actos de habla indirectos se utilizan para expresar una intención comunicativa distinta a la explicitada en el texto del mensaje. Comprender un acto de habla indirecto requiere asimilar el mensaje explícito y modificar la interpretación literal en función de captar la intención del hablante en un contexto dado. La prueba se compone de 20 situaciones donde se expresan actos de habla directos e indirectos con la finalidad que el entrevistado identifique la intención comunicativa expresada en el mensaje. En el caso de los actos de habla directo, la intención coincide con el planteo de la situación. Por ejemplo, Mariana mira con orgullo su nuevo Peugeot estacionado en la calle y le dice a su marido: “Me encanta el color que elegimos”). Los actos de habla indirectos, hay un pedido implícito, una fuerza ilocutiva de petición. Por ejemplo, Luisa mira su Peugeot sucio estacionado en la calle y le dice a su marido: “¿No te parece que está demasiado sucio?”. En todas las situaciones el sujeto debe responder la pregunta: “¿Qué piensas que quiere decir la persona?”. Una vez que responde espontáneamente, se presentan dos alternativas de respuesta: una literal y otra inferencial, siendo, en los actos de habla directos, correcta la literal, y en los indirectos, la inferencial. La puntuación se realiza mediante una escala de 2 puntos en el caso de ser adecuadas; 1 para aquellas en que hay elementos de la respuesta presentes pero existen imprecisiones, agregados u omisiones, y 0 a los casos de respuesta errónea o

ausencia de respuesta. Admite puntaje de 0 a 40 para la respuesta espontánea y 0 a 20 para la respuesta de la lectura.

3.5.4. Variables sociodemográficas

- Edad: edad en años al momento de la consulta.
- Sexo: fenotípico.
- Lengua de origen: refiere al idioma nativo, primera lengua hablada por el sujeto.
- Grupo de convivencia: se refiere a la condición de compartir residencia con otras personas al momento de la entrevista de admisión.

Las dimensiones que adquiere esta variable son:

1. Hogar de ancianos: institución colectiva en la que se alojan personas ancianas en calidad de internos donde se recibe alimentación, hospedaje y atención terapéutica.

2. Hogar nuclear completo de pareja sola: hogar constituido por el núcleo conyugal - jefe/a y cónyuge - exclusivamente.

3. Hogar nuclear con hijos: hogar constituido por el jefe/a, con o sin su cónyuge y los hijos.

4. Hogar unipersonal: hogar integrado por una sola persona

5. Otra: Hogar no contemplado en las anteriores opciones.

- Escolaridad: último nivel educativo alcanzado en la escolaridad formal, sin escolaridad, primario, secundario terciario, universitario.

- Años de estudio: Cantidad de tiempo que el sujeto permaneció en el sistema educativo formal medida en años.

3.5.5. Variables Clínicas

- Conducta suicida: determinada mediante la revisión en la historia clínica de los pacientes. Se evaluó la presencia de episodio de internación o asistencia a guardia en servicio de psiquiatría debido a la realización de un acto de intento suicida o consignado en las entrevistas de seguimiento por psiquiatría.
- Edad de inicio de la enfermedad: informe del paciente acerca de la edad de inicio del 1er tratamiento psiquiátrico.
- Número de internaciones psiquiátricas: Cantidad de internaciones en sala de psiquiatra registradas en la historia clínica.
- Tiempo de hospitalización de la última internación psiquiátrica: Número total de días que el paciente permaneció dentro de una sala de internación psiquiátrica según el registro en la historia clínica de su última internación.
- Tratamiento farmacológico: Si/No.
- Droga Prescripta: Tipo del fármaco según consta en historia clínica.

Tipo de droga:

1. antipsicóticos. sí/no. Variable dicotómica.
2. ansiolíticos. sí/no. Variable dicotómica.
3. antidepresivos. sí/no. Variable dicotómica.
4. hipnóticos. sí/no. Variable dicotómica.
5. antirrecurrenciales. sí/no. Variable dicotómica.
6. anticolinesterasicos. sí/no. Variable dicotómica.

- Nombre de la droga: Se registrará el consumo de los siguientes fármacos. Variable Nominal: Aripiprazol, Levomepromazina, Clorpromazina, Clozapina, Haloperidol, Paloperidona, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Trifluoperazina, Ziprasidona, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram, Duloxetina, Venlafaxina, Desvenlafaxina Trazodona, Mirtazapina, Vortioxetina, Vilazodona, Bupropión, Imipramina, Nortriptilina, Amitriptilina, Doxepina, Desipramina, Tranilcipromina, Fenzina, Alprazolam, Bromazepam,

Clonazepam, Clorazepato dipotásico, Diazepam, Lorazepam Eszopiclona, Zolpidem, Melatonina, Carbonato de Litio, Valproato, Topiramato, Carbamazepina, Donepecilo, Memantine. Biperideno, Pregabalina

- Número de intentos suicidas: Número total de actos con finalidad autolesiva que culminaron en una consulta a guardia o internación psiquiátrica.
- Sintomatología clínica psicótica evaluada mediante la escala PANSS : Registro de la puntuación en las escalas positiva (PANSS-P), negativa (PANSS-N), y psicopatología general (PANSS-PG)
- Gravedad de síntomas positivos. Puntuaciones entre 7 y 49.
- Gravedad de síntomas negativos. Puntuaciones entre 7 y 49.
- Escala de psicopatología general. Puntuaciones entre 16 y 112.

3.6. Procedimiento

Se invitó a participar, mediante comunicación telefónica, a todos los individuos que cumplían con los criterios de selección y se encontraban en tratamiento en los consultorios externos o de hospital de día del servicio de psiquiatría del HIBA. Se realizó el procedimiento del consentimiento informado a aquellos que aceptaron participar en la entrevista (ver Anexo A). La investigación ha sido evaluada y aprobada por el comité de ética de protocolos de investigación del HIBA.

. Las entrevistas de evaluación se realizaron durante dos encuentros de aproximadamente 90 minutos, según los requerimientos de cada paciente, en los consultorios externos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

La recolección de datos demográficos y variables clínicas se realizó mediante el llenado de un formulario confeccionado ad hoc (Ver anexo B) con la información recabada durante la entrevista de evaluación y corroborada mediante la inspección de las historias clínicas.

Debido a la declaración promulgada por la OMS de Pandemia por la enfermedad de COVID-19 y las medidas precautorias distanciamiento social desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina e implementadas en el Hospital Italiano de Buenos Aires, para el correcto manejo y cuidado de los pacientes, el proceso de recolección de datos se vio interrumpido durante el periodo de abril del año 2020 hasta agosto del año 2021.

3.7. Análisis de datos

Los análisis estadísticos se han realizado con el paquete SPSS 25.0. En primer lugar, se recogió la información y se trasladó a una base de datos para su posterior tratamiento y explotación. Para la descripción sociodemográfica y clínica de la muestra, se presentan los datos recolectados en forma directa. Las variables categóricas se describieron en frecuencias y porcentaje. La información clínica se presenta resumida mediante medidas de mediana, rango intercuartilico, valor máximo y mínimo. Se exponen los resultados obtenidos por los participantes en las pruebas de Teoría de la mente mediante el puntaje bruto. Los resultados de la entrevista PANSS se resumen mediante medidas de mediana, rango intercuartilico, media, desvío estándar, valor mínimo y máximo observados. El cuestionario del texto narrativo del protocolo MEC se presenta resumido por medio de una descripción de las frecuencias de respuestas correctas y sus porcentajes. Los resultados de la prueba Faux Pas se presentan mediante el puntaje bruto obtenido y un resumen de mediana, rango intercuartilico, puntaje máximo, puntaje mínimo, media y desviación estándar. Los puntajes brutos de la prueba de lectura de la mente a través de la mirada se convirtieron a puntaje Z para su comparación.

Se realizó un estudio de correlación entre variables de Teoría de la mente y sintomatología psicótica mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman debido al tamaño de la muestra. La significación en la prueba estadística realizada se considera a partir de $p < 0.05$.

4. Resultados

Como primer objetivo, se planteó estudiar las características sociodemográficas y clínicas, en ambos grupos de pacientes que componían la muestra. A continuación, se exponen las características: edad, género, estado civil, grupo de convivencia y nivel de estudios. Las tablas 6 y 7 presentan la información en ambos grupos estudiados, el de pacientes con historia de intentos autolíticos y en ausencia de ella.

Datos sociodemográficos de pacientes con historia de intento autolítico						
Paciente	Edad	Estado Civil	Sexo	Grupo de Convivencia	Máximo nivel de instrucción alcanzado	Años de Estudio
1	27	Soltero	Hombre	Hogar nuclear padres	Primario	11
2	69	Casado	Hombre	Hogar nuclear pareja	Primario	7
3	46	Soltero	Hombre	Hogar nuclear padres	Primario	8
4	50	Casado	Hombre	hogar nuclear pareja e hijos	Secundario	12
5	27	Soltero	Mujer	Hogar nuclear padres	Secundario	12

Tabla 6 Datos demográficos de pacientes con historia de suicidio

Datos sociodemográficos de pacientes sin historia de intento autolítico						
Paciente	Edad	Estado Civil	Sexo	Grupo de Convivencia	Máximo nivel de instrucción alcanzado	Años de Estudio
6	67	Casado	Hombre	Hogar nuclear pareja	Primario	7
7	56	Soltero	Hombre	Hogar nuclear padres	Secundario	12
8	62	Soltero	Mujer	Solo	Universitario	15
9	31	Soltero	Mujer	Hogar nuclear padres	Secundario	12
10	25	Soltero	Hombre	Hogar nuclear padres	Universitario	15

Tabla 7 Datos demográficos de pacientes sin historia de suicidio

La mayoría del grupo de pacientes sin historia de intentos autolíticos eran solteros y el grupo de convivencia mayoritario era el de hogar nuclear junto a padres. A diferencia del grupo de pacientes con historia de intentos autolíticos se observa un nivel de instrucción superior, solo un paciente tenía instrucción primaria completa.

La Tabla 8 presenta de manera resumida las distribuciones de los grupos y sus porcentuales. Respecto a la distribución de sexo se puede observar que predomina el sexo masculino en el total de la muestra. Dentro del grupo de intentos de suicidio existe un número menor de mujeres en comparación al grupo opuesto. Destaca también la convivencia con el grupo de padres dentro de ambos grupos como la forma más habitual. Existe un mayor grado de escolarización formal en el grupo de pacientes con ausencia de intentos autolíticos. La mediana para la edad es menor en el grupo con historia de intentos de suicidio.

Tabla 8 Distribuciones porcentuales y características demográficas de la muestra

		Intentos autolíticos	
		Ausente	Presente
Sexo	Mujer	2 (40%)	1 (20%)
	Hombre	3 (60%)	4 (80%)
Estado Civil	Casado	1 (20%)	2 (40%)
	Soltero	4 (80%)	3 (60%)
Grupo de convivencia	Solo	1 (20%)	0 (0%)
	Hogar junto a padres	3 (60%)	3 (60%)
	Hogar junto a pareja	1 (20%)	1 (20%)
	Hogar junto a pareja e hijos	0 (0%)	1 (20%)
Máximo nivel formal escolaridad alcanzado	Primario	1 (20%)	3 (60%)
	Secundario	2 (40%)	2 (40%)
	Universitario	2 (40%)	0 (0%)
		Mediana(RIQ)	Mediana(RIQ)
Edad		56(37)	46(33)
Años de estudio		12(6)	11(5)

Al analizar el consumo de medicación psiquiátrica (Tablas 9 y 10) se puede observar un incremento en la frecuencia de prescripciones de benzodiazepinas y antipsicóticos atípicos en el grupo de pacientes con presencia de intentos de suicidio. A continuación, se resumen las frecuencias observadas respecto al consumo de psicofármacos. Ambos grupos presentaron una distribución igual en las prescripciones de medicación antidepresiva.

Tabla 9 Tipo y nombre de prescripciones en pacientes con historia de intentos autolíticos

Paciente	Tipo de medicación de los pacientes con historia de intentos autolíticos						Droga
	Benzodiacepinas	Hipnótico	Antidepresivo	Antipsicótico Típico	Antipsicótico Atípico		
1	Presente	Ausente	Presente	Presente	Presente		Clonazepam, Citalopram, Levopromazina, Aripiprazol
2	Presente	Presente	Presente	Ausente	Presente		Alprazolam Zolpidem Escitalopram Venlafaxina Quetiapina Risperidona
3	Presente	Ausente	Presente	Presente	Presente		Clonazepam Venlafaxina Risperidona; Levopromazina
4	Presente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente		Clonazepam Olanzapina
5	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente		Lorazepam, Olanzapina, Ziprazidona Levopromazina

Tabla 10 Tipo y nombre de prescripciones en pacientes sin historia de intentos autolíticos

Paciente	Tipo de medicación de los pacientes sin historia de intento autolítico						Droga
	Benzodiacepinas	Hipnótico	Antidepresivo	Antipsicótico Típico	Antipsicótico Atípico	Antiepiléptico	
6	Ausente	Ausente	Presente	Ausente	presente	Ausente	Venlafaxina, olanzapina
7	Presente	Presente	Ausente	Ausente	presente	Ausente	Biperidona, ezopiclona, paliperidona,lorazepam, zolpidem
8	Presente	Ausente	Presente	Ausente	presente	Ausente	Quetiapina, Sertralina, Lorazepam
9	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	presente	presente	Topiramato, pregabalina, Aripiprazol, Biperideno
10	Presente	Ausente	Ausente	Presente	Presente	Ausente	Lorazepam, Levomepromazina, Olanzapina

La Tabla 11 resume las características clínicas de los voluntarios entrevistados. Se puede identificar un aumento para la mediana de internaciones de los pacientes con historia de intentos de suicidio. De los pacientes que presentaron intentos de suicidio el método preeminente es la sobreingesta de medicamentos.

Tabla 11 Características clínicas de los pacientes

Pacientes con intentos autolíticos						
	Ausente			Presente		
	Mediana (IQR)	Máximo	Mínimo	Mediana (IQR)	Máximo	Mínimo
Tiempo transcurrido desde inicio enfermedad	33(34)	43	7	25(34)	50	5
Cantidad de internaciones	1(2)	2	0	1(4)	8	1
Cantidad de intentos autolíticos				1	2	1
Método Autolítico	Recuento					
Sobreingesta medicamentosa	3					
Arma de fuego	1					
Lanzamiento al vacío	1					

En las Tablas 12 y 13 se registran las características individuales de cada uno de los voluntarios entrevistados.

Tabla 12 Descripción de variables clínicas de los pacientes con historia de intentos de suicidio

Pacientes con historia de intentos autolíticos					
Paciente	Años de Enfermedad	Numero de internaciones	Cantidad de intentos	Edad de último intento	Método autolítico
1	5	1	1	24	Sobreingesta medicamentosa
2	50	1	1	21	Arma de fuego
3	25	8	2	34	Sobreingesta medicamentosa
4	28	2	2	49	Sobreingesta medicamentosa
5	5	1	1	26	Lanzamiento al vacío

Tabla 13 Descripción de variables clínicas de los pacientes sin historia de intentos de suicidio

Pacientes sin historia de intentos autolíticos		
Paciente	Años de enfermedad	Numero de internaciones
6	39	2
7	33	0
8	43	1
9	8	0
10	7	1

Cuando se toma en consideración el rendimiento cognitivo en pruebas de screening, se observa en los dos grupos descritos un rendimiento por debajo de los valores de cohorte esperables para la población general. Los puntajes obtenidos en pruebas de valoración de inteligencia también presentan una disminución respecto a la media poblacional. (Tabla 14 y 15)

Tabla 14 Registro de sintomatología clínica psicótica y rendimiento cognitivo en pacientes con historia de intentos de suicidio

Pacientes con historia de intentos autolíticos							
Paciente	PANSS positivo	PANSS negativo	PANSS global	MoCA	INECO Frontal Screening	INECO Frontal corregido por años de educación	WAIS CI
1	20	30	46	21	12	6,632	85
2	11	13	26	21	13	9,584	79
3	15	25	33	26	18	14,096	79
4	12	24	32	23	18	12,144	93
5	21	24	51	26	12	6,144	88

Tabla 15 Registro de sintomatología clínica psicótica y rendimiento cognitivo en pacientes sin historia de intentos de suicidio

Pacientes sin historia de intentos autolíticos							
Paciente	PANSS positivo	PANSS negativo	PANSS global	MoCA	INECO Frontal Screening	INECO Frontal Screening corregido por años de educación	WAIS CI
6	14	37	49	23	22	18,58	88
7	7	25	44	26	24	18,144	75
8	26	26	31	27	14	6,68	84
9	8	28	43	25	17	11,144	90
10	10	13	22	21	24	16,68	88

Tabla 16 Estadísticos sintomatología psicótica en pacientes con historia de suicidio presente

Estadísticos sintomatología psicótica de pacientes con intentos autolíticos			
	PANSS Síntomas Positivos	PANSS Síntomas Negativos	PANSS Global
Mediana	15	24	33
RIQ	9	9	20
Media	15,8	23,2	37,6
Desviación	4,55	6,22	10,45
Mínimo	11	13	26
Máximo	21	30	51

Tabla 17 Estadísticos sintomatología psicótica en pacientes con historia de suicidio ausente

Estadísticos sintomatología psicótica en pacientes sin historia de intentos autolíticos			
	PANSS Síntomas Positivos	PANSS Síntomas Negativos	PANSS Global
Mediana	10	26	43
RIQ	13	14	20
Media	13	25,80	37,8
Desviación	7,74	8,59	11,03
Mínimo	7	13	22
Máximo	26	37	49

Los pacientes del grupo con historia suicida presentaron resultados más altos en sintomatología psicótica positiva (Tabla 16), los pacientes sin historia de intentos autolíticos presentan resultados medios mayores respecto a la sintomatología negativa y global (Tabla 17).

En relación con la evaluación mediante la prueba MoCA, y de acuerdo al punto de corte sugerido por los autores del instrumento (punto de corte de 26) y el ajuste realizado por la escolaridad de los sujetos (incremento de un punto en la calificación total cuando la escolaridad es <12 años) más de la mitad de los participantes presentó un deterioro cognitivo. Respecto al desempeño ejecutivo el grupo de pacientes con historia de intentos se observa que al corregir el puntaje por los años de educación el grupo con historia de intentos autolíticos presentó un desempeño superior al ser comparado con el grupo de pacientes no suicidas.

En el estudio de asociación entre las pruebas de evaluación de sintomatología psicótica y tareas de actos del habla del protocolo MEC (Tablas 18 y 19) los resultados muestran una asociación de signo negativo estadísticamente significativa

entre la identificación de ironías y la presencia de síntomas positivos y escala global evaluados mediante la escala PANSS.

Tabla 18 Correlaciones entre sintomatología psicótica y cognitiva en pacientes con historia suicida

Correlaciones síntomas en pacientes con inentos autolíticos					
			PANS Síntomas Positivos	PANS Síntomas Negativos	PANS Global
Rho de Spearman	Test de las Miradas	Coeficiente de correlación	0,1	0,616	0,1
		Sig. (bilateral)	0,873	0,269	0,873
		N	5	5	5
Faux Pas Total		Coeficiente de correlación	-0,3	0,359	-0,3
		Sig. (bilateral)	0,624	0,553	0,624
		N	5	5	5
Actos de Habla situaciones indirectas		Coeficiente de correlación	-,975**	-0,5	-,975**
		Sig. (bilateral)	0,005	0,391	0,005
		N	5	5	5
Actos de Habla situaciones directas		Coeficiente de correlación	-0,158	0,46	-0,158
		Sig. (bilateral)	0,8	0,436	0,8
		N	5	5	5
Historia Mentalista MEC ideas totales		Coeficiente de correlación	-0,1	0,667	-0,1
		Sig. (bilateral)	0,873	0,219	0,873
		N	5	5	5
Historia Mentalista MEC recuerdo ideas principales		Coeficiente de correlación	-0,447	-0,229	-0,447
		Sig. (bilateral)	0,45	0,71	0,45
		N	5	5	5

Tabla 19 Correlaciones entre sintomatología psicótica y cognitiva en pacientes sin historia suicida

Correlaciones en pacientes sin intentos autolíticos					
Rho de Spearman			PANS Síntomas Positivos	PANS Síntomas Negativos	PANS Global
	Test de las Miradas	Coefficiente de correlación	-0,2	-0,3	-0,7
		Sig. (bilateral)	0,747	0,624	0,188
		N	5	5	5
	Total Faux Pas	Coefficiente de correlación	-0,8	-0,8	-0,3
		Sig. (bilateral)	0,104	0,104	0,624
		N	5	5	5
	Actos de Habla situaciones indirectas	Coefficiente de correlación	-0,791	-0,264	-0,211
		Sig. (bilateral)	0,111	0,668	0,734
		N	5	5	5
	Actos de Habla situaciones directas	Coefficiente de correlación	0,2	0,3	0
		Sig. (bilateral)	0,747	0,624	1
		N	5	5	5
	Historia Mentalista MEC ideas totales	Coefficiente de correlación	0,527	-0,211	-0,791
		Sig. (bilateral)	0,361	0,734	0,111
		N	5	5	5
	Historia Mentalista MEC recuerdo ideas principales	Coefficiente de correlación	0,616	0,564	-0,051
		Sig. (bilateral)	0,269	0,322	0,935
		N	5	5	5

A continuación se presenta el resumen de los resultados obtenidos en la prueba de la historia mentalista del protocolo MEC (Tabla 20 y 21).

A nivel individual el rendimiento más bajo, en las cinco tareas, se registró en el paciente 5, quien presentaba historia de intentos suicidas.

Todos los entrevistados sin historia de intentos de suicidio lograron un buen desempeño en la tarea de asignación de título del protocolo MEC a excepción del paciente número 8. El grupo con presencia de historia de suicidio muestra el patrón contrario, solo un paciente propuso un título que captara el sentido de la historia.

Tabla 20 Resultados Historia mentalista MEC pacientes con historia de intentos de suicidio

Pacientes con historia de intentos autolíticos						
Paciente	MEC historia Mentalista Ideas Principales	MEC historia Mentalista Ideas Totales	MEC historia Mentalista Recuerdo de Ideas Principales	MEC historia Mentalista Titulo 1	MEC historia Mentalista Titulo 2	MEC historia Mentalista Preguntas
1	15	21	11	1	1	10
2	12	14	13	0	0	9
3	12	17	9	0	0	9
4	11	12	9	0	0	11
5	9	9	9	0	0	11

Tabla 21 Resultados Historia mentalista MEC pacientes sin historia de intentos de suicidio

Pacientes sin historia de intentos autolíticos						
Paciente	MEC historia mentalista Ideas Principales	MEC historia mentalista Ideas Totales	MEC historia mentalista Recuerdo de Ideas principales	MEC historia mentalista Titulo1	MEC historia mentalista Titulo2	MEC historia mentalista Preguntas
6	15	17	9	0	1	7
7	11	13	8	1	1	9
8	15	20	12	0	0	9
9	12	15	10	1	1	12
10	14	15	8	1	1	9

La tabla 22 presenta los resultados resumidos obtenidos por los participantes en el cuestionario de la prueba de comprensión de discurso narrativo del Protocolo MEC.

Tabla 22 Respuestas del cuestionario de la prueba de comprensión de discurso narrativo del Protocolo MEC

	Presencia/ausencia de intentos autolíticos				Enunciado
	Ausente		Presente		
	Recuento ¹	%	Recuento ¹	%	
Pregunta 1	5	100,00%	5	100,00%	¿Qué hace Juan desde hace varios días?
Pregunta 2	5	100,00%	5	100,00%	¿El trabajo está terminado?
Pregunta 3	4	80,00%	5	100,00%	¿Durante la noche que es lo que se cayó en el pozo?
Pregunta 4	3	60,00%	3	60,00%	¿Qué cosas coloca Juan al borde del pozo?
Pregunta 5	3	60,00%	2	40,00%	¿Qué hizo con su pico y pala?
Pregunta 6	5	100,00%	5	100,00%	¿Dónde se escondió después?
Pregunta 7	5	100,00%	5	100,00%	¿Dónde está Juan según sus vecinos?
Pregunta 8	4	80,00%	5	100,00%	¿Qué hacen los vecinos?
Pregunta 9	4	80,00%	4	80,00%	¿Cuándo baja Juan del Árbol?
Pregunta 10	3	60,00%	4	80,00%	¿Porque Juan dice que sus vecinos fueron de gran ayuda?
Pregunta 11	3	60,00%	4	80,00%	¿Cree usted que los vecinos están contentos?
Pregunta 12	2	40,00%	3	60,00%	¿Qué le parece la actitud de Juan?

Se puede observar que la totalidad de los entrevistados respondieron correctamente a las preguntas 1, 2, 6 y 7, el peor rendimiento dentro del grupo de pacientes con intento autolítico se dio en la respuesta 5. Los pacientes sin historia de antecedentes suicidas presentaron su peor rendimiento en la pregunta 12.

La prueba de Actos del habla del protocolo MEC (Tablas 23 y 24) presentó resultados similares entre los grupos, siendo el paciente 5 quien mostró mayor dificultad para reconocer expresiones indirectas o ironías.

¹ Se consigna el resultado de las respuestas correctas para el ítem

Tabla 23 Resultados de la prueba de Actos del habla en pacientes con historia de suicidio

Pacientes con historia de intentos autolíticos				
Paciente	Actos del habla Situaciones indirectas	Actos del habla Situaciones directas	Actos del habla elección de respuesta Situaciones indirectas	Actos del habla elección de respuesta Situaciones directas
1	18	19	10	10
2	20	14	10	7
3	19	19	8	10
4	19	20	10	10
5	14	14	6	10

Tabla 24 Resultados de la prueba de Actos del habla en pacientes sin historia de suicidio

Pacientes sin historia de intentos autolíticos				
Paciente	Actos del habla Situaciones indirectas	Actos del habla Situaciones directas	Actos del habla elección de respuesta Situaciones indirectas	Actos del habla elección de respuesta Situaciones directas
6	18	13	10	3
7	19	15	7	10
8	18	20	9	10
9	20	18	8	10
10	19	11	7	10

Las Tablas 25 y 26 presentan un resumen del desempeño en la prueba de Faux Pas. Ambos grupos presentaron un desempeño inferior al punto de corte propuesto para la prueba de 48 puntos. El grupo de pacientes suicidas mostró una media menor en todos los resultados, presentando una mayor cantidad de errores totales.

Tabla 25 Estadísticos descriptivos Faux Pas pacientes con historia de intentos suicidas

Estadísticos descriptivos de pacientes con intentos autolíticos						
	Mínimo	Máximo	Mediana	RIQ	Media	Desviación
Pregunta 1 Comprensión	0	7	4	4	3,8	2,49
Pregunta 2 Quien	0	6	3	4	3,2	2,168
Pregunta 3 Que	0	5	2	4	2,4	2,074
Pregunta 4 Porque	0	4	0	3	1,2	1,789
Pregunta 5 Sabia	0	5	4	4	2,8	2,168
Pregunta 6 Sentimiento	0	4	1	3	1,6	1,517
Faux Pas identificados en Historias Faux Pas	0	31	14	3	15,2	11,256
Identificación de historias No Faux Pas	0	10	9	8	6,4	4,278
Preguntas control en Historias Faux Pas	13	16	14	3	14,4	1,517
Preguntas control en Historias Control	16	20	19	3	18,4	1,517
Preguntas control Total Faux Pas	29	36	33	5	32,8	2,588
Faux Pas Errores Totales	0	11	8	10	5,8	4,97
Faux Pas Errores por omisión	0	9	1	5	2,6	3,647
Faux Pas Errores por comisión	0	10	0	8	3,2	4,604

Tabla 26 Estadísticos descriptivos Faux Pas pacientes sin historia de intentos suicidas

Estadísticos descriptivos de pacientes sin historia de intentos autolíticos						
	Mínimo	Máximo	Mediana	RIQ	Media	Desviación
Pregunta 1 Comprensión	2	8	6	4	5,8	2,28
Pregunta 2 Quien	1	6	5	4	4,8	2,168
Pregunta 3 Que	0	7	4	4	4,6	2,881
Pregunta 4 Porque	0	3	2	2	2	1,225
Pregunta 5 Sabia	1	7	3	3	3,2	2,28
Pregunta 6 Sentimiento	0	3	2	3	2	1,414
Faux Pas identificados en Historias Faux Pas	4	32	25	12	22,4	10,831
Identificación de historias No Faux Pas	14	20	16	5	16,4	2,608
Preguntas control en Historias Faux Pas	10	19	17	5	16,20	3,564
Preguntas control en Historias Control	16	20	18	3	18	1,581
Preguntas control Total Faux Pas	28	39	34	8	34,20	4,207
Faux Pas Errores Totales	2	5	3	2	3,4	1,14
Faux Pas Errores por omisión	1	5	3	3	3	1,581
Faux Pas Errores por comisión	0	2	0	1	0,4	0,894

A continuación se presentan los resultados de cada entrevistado en la prueba de Faux Pas (Tablas 27 y 28). Los pacientes con historia de intentos de suicidio cometieron mayor cantidad de errores totales en cuanto a la capacidad para identificar las situaciones con presencia de errores sociales. Los peores resultados se observan en las respuestas 4 y 6 para ambos grupos. Estas respuestas apuntan a indagar sobre la comprensión de la causa de la metida de pata y la capacidad de empatizar con los personajes de las historias. El paciente 5 presentó un resultado igual a 0 durante la ejecución de toda la prueba, debido al fracaso en la realización de las preguntas de control.

Tabla 27 Resultados Faux Pas para pacientes con historia de intento de suicidio

Pacientes con historia de intentos autolíticos							
Paciente	Total Faux Pas	Pregunta 1 Comprensión	Pregunta 2 ¿Quién?	Pregunta 3 ¿Qué?	Pregunta 4 ¿Por qué?	Pregunta 5 ¿Sabia?	Pregunta 6 Sentimiento
1	31	7	6	5	4	5	4
2	14	4	3	1	0	4	1
3	12	4	3	2	0	1	2
4	19	4	4	4	2	4	1
5	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 28 Resultados Faux Pas para pacientes sin historia de intento de suicidio

Pacientes sin historia de intentos autolíticos							
Paciente	Total Faux Pas	Pregunta 1 Comprensión	Pregunta 2 ¿Quién?	Pregunta 3 ¿Qué?	Pregunta 4 ¿Por qué?	Pregunta 5 ¿Sabia?	Pregunta 6 Sentimiento
6	4	2	1	0	0	1	0
7	32	8	6	7	3	7	1
8	23	6	5	4	2	3	3
9	25	6	6	5	2	3	3
10	18	4	4	4	1	3	2

Las Tablas 29 y 30 permiten observar los resultados obtenidos en las muestras durante la ejecución de la tarea de lectura de la mente por medio de la mirada. El paciente 6 (paciente de mayor edad del grupo) obtuvo el rendimiento más bajo, seguido de los pacientes 5 y 2 (paciente de mayor edad del grupo).

Tabla 29 Puntajes obtenidos en la prueba de lectura de la mirada por el grupo de pacientes con historia de intentos autolíticos

Pacientes con historia de intentos autolíticos				
Paciente	Puntaje Z Test de las miradas			
	Puntaje Bruto	Media	DS	Puntaje Z
1	26	18,84	5,43	-1,32
2	19	21,43	3,36	0,72
3	35	18,84	5,43	-2,98
4	29	23,12	3,31	-1,78
5	20	23,12	3,31	0,94

Tabla 30 Puntajes obtenidos en la prueba de lectura de la mirada por el grupo de pacientes sin historia de intentos autolíticos

Pacientes sin historia de intento autolítico				
Paciente	Puntaje Z Test de las miradas			
	Puntaje Bruto	Media	DS	Puntaje Z
6	15	21,43	3,46	1,86
7	23	24,14	4,58	0,25
8	24	25,57	2,57	0,61
9	31	23,12	3,31	-2,38
10	29	23,86	2,27	-2,26

5. Discusión

El objetivo del presente estudio fue investigar ciertas particularidades de un grupo de pacientes con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia haciendo foco en las características sociodemográficas y clínicas, el funcionamiento cognitivo general, el desempeño de la cognición social, y la presencia de historia de intento/s de suicidio. Con este fin, analizamos los datos de diez pacientes diagnosticados con un trastorno del espectro psicótico. Nuestro interés era poder obtener evidencia de los déficits en la cognición social que pudieran presentar estos pacientes.

Para abordar este tema nos centramos en el constructo teórico de Teoría de la mente propuesto inicialmente por Premack y Woodruff, (1978) y en la propuesta del modelo de Frith y colaboradores (1992), que abordan el estudio neuropsicológico del espectro esquizofrénico. Estos autores explican los síntomas que presentan los pacientes como el resultado de un deterioro en la capacidad de inferir contenidos mentales de otras personas, comprender sus creencias y evaluar sus intenciones. El proceso de desintegración que conlleva el déficit en la mentalización llevaría a los pacientes a perder la habilidad para reflexionar sobre los contenidos de la mente propia. Como se señaló en la introducción, las investigaciones en Teoría de la mente han acentuado la relevancia funcional de la cognición social como variable mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento social, por lo que su estudio resulta de interés como factor asociado al riesgo en el desarrollo de conductas autolíticas.

Los estudios de la cognición social proponen diferentes componentes que conforman el constructo (procesamiento emocional, percepción social, Teoría de la mente, conocimiento social y estilo atribucional). Nuestro trabajo se focalizó en el de Teoría de la mente, por lo que la evaluación de los sujetos se llevó a cabo a partir de la aplicación de cuatro tareas (Faux Pas, Lectura de la mente a través de la lectura de la mirada, Comprensión de discurso narrativo y Comprensión de actos del habla del Protocolo MEC).

Dividiremos nuestra discusión en dos apartados, en el primero se exploran las características sociodemográficas y de cognición general que presentó la muestra y

en una segunda instancia se desarrollarán los hallazgos en los dominios de cognición social evaluados.

5.1. Características sociodemográficas y clínicas exploradas

La muestra estudiada, estuvo constituida por un grupo de pacientes con diagnóstico del espectro esquizofrénico con varios años de evolución del trastorno y en una fase estable de la enfermedad.

Al analizar las características sociodemográficas de los individuos que presentaron historia de intentos suicidas se puede observar que en los casos estudiados existe una mayor cantidad de sujetos varones, en etapa adulta de la vida (Mediana para la edad de 46 años) que realizaron su intento de suicidio entre la segunda y tercer década de su vida. Estas características están en consonancia con la evidencia de la literatura que ha estudiado los factores de riesgo de suicidio en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Hawton, Sutton, Haw, Sinclair y Deeks (2005) en una revisión sistemática de estudios que evalúan factores de riesgo refieren que el sexo masculino es uno de los factores relevantes. Hor y Taylor (2010) encontraron en su revisión que el sexo masculino y la edad más temprana se asocian significativamente con el riesgo a cometer conductas suicidas. Solo el paciente 4 posee una edad de aparición de la conducta autolítica mayor debido a que este sujeto presentó más de un intento y se consigna el último. Existe evidencia que señala como uno de los factores de riesgo clínico más importante el intento de suicidio previo, aumentando también significativamente el riesgo de un suicidio consumado posterior.(Hawton, Sutton, Haw, Sinclair y Deeks 2005).

Del análisis de los datos en la totalidad de la muestra se desprenden una serie de características que evidencian un funcionamiento interpersonal disminuido. La mayoría de los pacientes eran solteros y el grupo de convivencia prevalente era el de solo junto a padres. Se ha señalado que la percepción de falta de un grupo de pertenencia y las ideas de ser una carga para los demás, conducen al comportamiento suicida (Van Orden et al., 2010). Las valoraciones sociales negativas, las percepciones de derrota social y la sensación de ser excluido podrían

actuar como mecanismos que favorecen la aparición de conductas de riesgo (Owen et al., 2017)

El número de internaciones que presentaron los sujetos con antecedentes suicidas era mayor que el grupo de comparación. Otras investigaciones han reportado un incremento en el riesgo de cometer actos suicidas cuando aumenta el número de internaciones debido entre otras razones a la gravedad de la enfermedad psiquiátrica, el estigma de la internación, o la falta de apoyo social posterior al alta hospitalaria, factores que incrementan la vulnerabilidad.(Qin y Nordentoft, 2005, Rossau y Mortensen,1997)

En relación con el consumo de medicación, se puede observar un mayor consumo de antipsicóticos atípicos y drogas de la familia de las benzodiazepinas en el grupo de pacientes con antecedentes suicidas. La evidencia en este punto es aún escasa y controvertida debido a la existencia de inconsistencias entre los trabajos de investigación. Como señalan Martínez-Aguayo, et al. (2016) se ha reportado que los antipsicóticos podrían prevenir, incrementar o carecer de impacto sobre las conductas suicidas. Pompili, et al. (2016). en un trabajo de revisión sobre los efectos de la medicación antipsicótica y su relación con el riesgo de suicidio refiere que los efectos de la mayoría de los fármacos antipsicóticos atípicos para reducir el riesgo de suicidio no se han probado adecuadamente a excepción de la clozapina de la cual se desconoce específicamente su mecanismo de acción.

El estudio de la sintomatología clínica psicótica describe un leve incremento en la media de síntomas positivos evaluados mediante la escala PANSS, en los voluntarios con antecedentes de intento de suicidio. Esta tendencia es consistente con lo reportado por múltiples estudios que señalan un aumento de los síntomas positivos como marcador de riesgo en el desarrollo de conductas autolíticas (Cassidy, Yang, Kapczinski, y Passos, 2018, Hor, y Taylor, 2010, Pompili et al., 2007). Al analizar estos valores con mayor detenimiento se puede observar una amplia dispersión de los puntajes que requieren un estudio más detallado que colabore a una mayor comprensión de los datos. Dentro del grupo de pacientes que presentaron historia de intentos autolíticos se puede observar un incremento en los síntomas positivos de los pacientes más jóvenes y por consiguiente con menos años de evolución de la enfermedad (pacientes 1 y 5). Esta información es consistente

con los reportes que señalan un aumento de los síntomas positivos como marcador de riesgo en el desarrollo de conductas autolíticas al inicio de la enfermedad (Jakhar, et al, 2017; Togay, Noyan, Tasdelen y Ucok, 2015). El grupo de pacientes sin historia de intentos autolíticos presentó una mediana superior en los puntajes de sintomatología negativa. Como se señaló en el inicio del trabajo, se ha observado un factor protector en el aumento de la sintomatología negativa (Fenton, 2000; Fenton, McGlashan, Victor y Blyler, 1997).

En relación con la sintomatología psicótica y las tareas de Teoría de la Mente se pueden consignar algunas características particulares. Entre los pacientes sin historia de intentos autolíticos es el paciente 8 quien presenta el puntaje mayor en la escala de síntomas positivos. El paciente 8 es el único que no pudo asignar un título a la historia mentalista del protocolo MEC, al tiempo que obtiene los resultados más bajos, junto al paciente 6, en las preguntas del mismo test y en de la tarea de comprensión de actos del habla indirectos. El paciente 6 es quien presenta los resultados más altos en la escala de síntomas negativos y los peores resultados en la tarea de la historia mentalista del protocolo MEC en cuanto a la capacidad de recordar ideas totales, la tarea de interrogatorio, la evaluación de situaciones directas e indirectas de la prueba de actos del habla, la prueba de identificación de Faux pas y la de lectura de la mente a través de la mirada. En resumidas cuentas se podría señalar una tendencia a presentar un pobre desempeño en la capacidad de mentalización asociado a presentar valores más elevados de sintomatología negativa y positiva.

La evaluación de la sintomatología positiva y negativa en relación a la capacidad de mentalización resulta relevante ya que implica comprender a las capacidades de cognición social que presentan los pacientes esquizofrénicos como una característica de rasgo o por el contrario estado dependiente. Los resultados de las investigaciones no son concluyentes. Se ha señalado una asociación positiva entre déficits en tareas de mentalización y sintomatología positiva y negativa (Bora et al., 2006), también existen investigaciones que no han encontrado relación entre sintomatología psicótica y tareas de Teoría de la mente (Abdel-Hamid et al. 2009). En su estudio de meta-análisis Sprong y su equipo (2007) refiere la dificultad presente para homogenizar los conceptos de Teoría de la Mente así como los

variados métodos de evaluación utilizados en las distintas investigaciones analizadas. En sus conclusiones encuentra un rendimiento inferior en los pacientes esquizofrénicos relacionado mayoritariamente con síntomas negativos y en grado menor con síntomas positivos, así como una persistencia de los déficits durante las fases de estabilización de la enfermedad.

Finalmente respecto de la sintomatología psicótica, la cognición social y la problemática de suicidio, la evaluación de la Teoría de la mente resulta relevante por motivos distintos pero complementarios. Si se considera la sintomatología psicótica positiva como un factor asociado a un peor rendimiento en tareas de cognición social y como un factor fuertemente asociado al riesgo de desarrollar conductas suicidas, un rendimiento deficitario en tareas de Teoría de la mente podría ser considerado como un indicador de riesgo aumentado (pacientes 1 y 5). Si se considera a la presencia de síntomas negativos como factor protector ante el desarrollo de conductas de riesgo autolítico, un mal rendimiento en tareas de Teoría de la mente podría ser considerado como indicador de menor riesgo (paciente 6).

El cociente intelectual se encuentra dentro del rango normativo aunque la media presente está por debajo de la media poblacional esperada. Sobre este resultado es necesario tener en consideración la metodología para la obtención de los coeficientes de inteligencia que utilizó este trabajo. Debido a que uno de los objetivos de esta medición era descartar posibles voluntarios con debilidad intelectual, y para mejorar la factibilidad de la entrevista diagnóstica, se realizó una evaluación resumida que incluye una ponderación de los índices de las pruebas de dígitos, dígito-símbolo, analogías y figuras incompletas. Diferentes estudios han señalado la existencia de una mejora en el desempeño del índice de inteligencia verbal en pacientes esquizofrénicos (Aylward, Walker, y Bettes, 1984) Este patrón de desempeño podría no estar reflejado exhaustivamente mediante el método de análisis elegido.

Analizando la variable índice de inteligencia encontrada en nuestra muestra se puede observar que los resultados son coincidentes con los estudios de metaanálisis que han señalado déficits significativos de CI en pacientes del espectro esquizofrénico. Se ha relacionado el bajo desempeño intelectual con varios índices

de mal pronóstico junto a la existencia de una covarianza negativa entre el rendimiento intelectual y la gravedad de los síntomas (Heinrichs y Zakzanis 1998).

En nuestro estudio, encontramos que los individuos que realizaron intentos de suicidio presentaban un coeficiente intelectual equiparable con aquellos que no lo intentaron. La asociación de un bajo CI con el riesgo de suicidio es un hallazgo novedoso y contradice a la evidencia mayoritaria que han señalado los diferentes trabajos respecto a un vínculo entre un coeficiente intelectual más alto y el suicidio consumado (De Hert et al., 2001). Como se señaló previamente este resultado puede ser explicado en parte por el método de evaluación llevado a cabo así como una particularidad de la muestra estudiada.

La asociación de riesgo de suicidio y cociente intelectual bajo se ha señalado en población general, explicándose en parte por distintas causas entre las que se encuentran un menor acceso al bienestar económico debido a una menor capacidad de acceso a puestos laborales, un incremento respecto a comportamientos de salud deficientes como abuso de alcohol o drogas y una menor capacidad de afrontar situaciones vitales conflictivas, (Díaz-Caneja, et al., 2015). En contraposición dentro de la población esquizofrénica la relación entre suicidio y un mayor índice de inteligencia se ha asociado a una percepción incrementada de pérdida frente a las consecuencias de la enfermedad. Las personas con un alto nivel de funcionamiento premórbido que enfrentan un deterioro de la salud posterior a la aparición del trastorno tienen un mayor riesgo de suicidio. (Carlborg, et al., 2010, Batty, et al., 2010).

Respecto de la relación entre CI y pobre desempeño en Teoría de la mente nuestros resultados son convergentes con los de Brüne (2003) quien ha señalado que el CI, aunque no explica completamente los déficits, influye en el funcionamiento de las tareas que implican habilidades de Teoría de la mente durante la fase de remisión.

Al examinar las capacidades cognitivas evaluadas mediante el despistaje de la prueba MoCA, se puede observar un rendimiento general disminuido. Como se señaló en el desarrollo introductorio de este trabajo, múltiples estudios han reportado la presencia de un descenso generalizado en desempeño cognitivo dentro de la población de pacientes esquizofrénicos (Yang et al. 2018, Musso, Cohen, Auster y

McGovern, 2014, Wu, Dagg P, y Molgat, 2014). En relación a la problemática de la vulnerabilidad para el desarrollo de conductas de riesgo autolítico, se ha descrito una correlación entre la cantidad y calidad de las relaciones sociales reales, y el estado cognitivo. Varios estudios demuestran como los dominios cognitivos básicos (la memoria inmediata, la memoria a largo plazo, y las funciones ejecutivas) mostraron correlaciones significativas con un funcionamiento social deteriorado.

En relación con las pruebas de screening ejecutivo se ha podido observar que los pacientes 2, 3 y 4, que tenían historia de intento de suicidio, presentaron rendimientos por encima de los puntajes de corte para sospecha de deterioro, mientras que los pacientes 1 y 5 y todos los pacientes sin historia de suicidio presentaron un desempeño descendido. Potkin et al. (2003) en un estudio multicéntrico sobre medidas neuropsicológicas de 188 pacientes esquizofrénicos observó que no existían correlatos entre la presencia de ideas de suicidio y el rendimiento cognitivo y ejecutivo en particular. La evidencia respecto a la influencia del funcionamiento ejecutivo en la realización de actos suicidas no es concluyente, se ha señalado un mejor funcionamiento ejecutivo como factor asociado a la realización de conductas autolíticas (Verma, Srivastava, Singh, Bhatia y Deshpande, 2016). Las funciones ejecutivas se componen de una variedad de procesos que pueden influir de múltiples maneras en el desarrollo de una conducta como la del suicidio. Al analizar los subcomponentes de la función ejecutiva el grupo de Nangle et al. (2006) describió una asociación significativa entre la velocidad de procesamiento, la fluencia verbal y la atención, sugiriendo que los pacientes esquizofrénicos que habían realizado intentos suicidas tenían un mejor desempeño ejecutivo lo que podría mejorar su capacidad para formular planes y dirigir sus acciones más eficazmente a la hora de cometer actos autolíticos, por otro lado los tiempos de reacción más veloces podrían estar asociados con una mayor impulsividad. Resulta difícil comparar los rendimientos de nuestros pacientes con los de otras investigaciones debido a que existe una diferencia entre haber tenido uno o varios intentos suicidas en el pasado y tener una tendencia suicida activa en la actualidad. Nuestro estudio no examinó la tendencia suicida actual por lo que no se puede determinar la influencia del funcionamiento ejecutivo en ella.

5.2 Características de Teoría de la Mente (TOM)

El presente trabajo ha podido aportar evidencia de que los pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico presentan alteraciones en las capacidades involucradas en la Teoría de la mente. Hemos podido observar que en aquellos pacientes que presentaban historia de intentos autolíticos el déficit en la TOM, en particular en tareas de mentalización de 2do orden, (asignación de un título en la prueba de discurso narrativo del protocolo MEC) se encontraba incrementado en comparación con aquellos pacientes que no tenían historia de intentos de suicidio. Esta información podría ser relevante ya que se relaciona con los resultados de la investigación de Duño et al. (2009) quien al evaluar un grupo de pacientes esquizofrénicos suicidas observó una asociación significativa entre un pobre desarrollo de capacidades mentalistas de 2do orden y una disminución en las capacidades sociales. Según la autora esto podría ser evidencia de una vulnerabilidad que incrementa el riesgo de suicidio. Sin embargo los resultados deben ser considerados en relación con las características generales presentes en nuestra muestra: un pobre nivel intelectual global, un deficiente desempeño en tareas ejecutivas, y de cognición general, así como una leve tendencia aumentada en la sintomatología positiva de los pacientes con historia de intentos autolíticos estudiados.

El análisis de los resultados en el cuestionario de la prueba de la historia mentalista del protocolo MEC permite identificar algunas características respecto a la problemática en la mentalización de los pacientes esquizofrénicos. En primer lugar se puede observar que los errores cometidos no están relacionados de manera directa con un trastorno específico en la memoria o codificación de los aprendizajes. Las preguntas respecto a la información relevante de la historia se responden de manera correcta (Pregunta 1, 2 y 6).

Al identificar los estímulos en los entrevistados presentaron mayor dificultad se observan fallos en las preguntas referidas a la realización y puesta en práctica de un plan para engañar y resolver la problemática que plantea la historia (preguntas 3, 4 y 5) El fallo en la respuesta del tercer interrogante podría ser un indicio de la dificultad para conciliar los hechos que plantea la historia (caída de tierra) y la

planificación de un engaño para resolverlo. De igual manera las preguntas cuarta y quinta, se vinculan con los aspectos necesarios para la realización del engaño y su fallo en la respuesta podría ser indicador de una dificultad para comprender las intenciones del protagonista al planificar su engaño. Desde las preguntas octava a la doceava se observan dificultades para identificar la forma de resolución mediante el engaño que realiza el protagonista y sus consecuencias en los demás personajes de la historia.

La séptima pregunta (¿Dónde está Juan según sus vecinos?) denota una capacidad preservada para realizar inferencias de primer orden acerca de las intenciones de los demás. En este sentido las respuestas presentes en la muestra de pacientes de nuestro estudio son equivalentes a los resultados de obtenidos en otros autores y reseñados por Harrington et al. (2005) quien señala que los esquizofrénicos presentan una mejor capacidad para resolver tareas de mentalización de primer orden, fallando en la realización de problemas de segundo orden. Por otro lado, estos hallazgos estarían en contradicción con los señalados por otras investigaciones (Duño, et al 2008, Masa, 2012,) quienes han encontrado pacientes con un déficit generalizado en tareas de mentalización de primer y segundo orden. Estas contradicciones deben ser mejor exploradas para comprender la naturaleza primaria de los déficits de mentalización en el trastorno esquizofrénico.

Restaría explicar el mejor rendimiento en la tarea de asignación de título del protocolo MEC en el grupo de pacientes no suicidas, incluso cuando se ha fallado en las respuestas referidas a la comprensión de mentalización de segundo orden (preguntas referidas a la realización de un plan de acción). Se podría proponer para comprender mejor este fenómeno el menor compromiso ejecutivo asociado a la sencillez de la tarea. En su trabajo de revisión el grupo de Tirapu-Ustárrroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao, y Pelegrín-Valero (2007) señala que una serie de estudios muestran que el incremento en la carga de la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas en general disminuye la eficacia en pruebas de mentalización de segundo orden. Cuando se observan los índices de recuento para las ideas principales y totales, se verifica que el grupo en general presenta errores y omisiones debido a una dificultad para organizar la información, sin priorizar aspectos esenciales de los accesorios del relato. Esta tendencia a disipar la idea principal de la historia acerca

del plan de acción para solucionar el problema dificultaría la capacidad para realizar una adecuada inferencia. Debido a que en la realización de la prueba se ofrecen dos instancias (previa y posterior al cuestionario de comprensión) para la asignación de un título, es posible que tal como se observa en pacientes con lesiones del hemisferio derecho, la realización del cuestionario facilite la jerarquización de la información y con ello la realización de la inferencia mentalista. (Martinez, et al. 2013). Si esto es así, los pacientes con historia de intentos suicidas parecieran beneficiarse en menor medida de la facilitación otorgada por la realización del cuestionario. Aportando evidencia acerca de un funcionamiento ejecutivo y general más comprometido.

En la evaluación de la capacidad para identificar metidas de pata de la prueba de Faux Pas, la muestra estudiada presentó un desempeño similar para ambos grupos, observándose un rendimiento por debajo del puntaje de corte. Estos resultados son compatibles con la mayoría de los informes que describen un desempeño deficitario en la tarea de Faux Pas en pacientes del espectro esquizofrénico durante las fases de remisión (Negrão, Akiba, Lederman y Dias, 2016; Bora, Yucel y Pantelis 2009).

Durante la realización de la tarea de comprensión de las historias de Faux Pas se observó un desempeño con puntajes medios inferiores en los pacientes que realizaron intentos suicidas. Al analizar el rendimiento en cada pregunta que compone la prueba se constató los peores resultados en las preguntas 4 y 6, que hacen referencia a la capacidad de comprender la causa del fallo presente en la historia y en la capacidad de empatizar con las emociones de los protagonistas.

En relación a la pregunta 4 que hace referencia a la comprensión de la causa de la “metida de pata”, los errores que producen los pacientes podrían explicarse por una deficiente percepción de las relaciones causa y efecto. Los pacientes esquizofrénicos tienden a percibir de modo distorsionado sus vínculos con el entorno social, tal como lo atestiguan las ideas delirantes de autoreferencia. Tschacher y Kupper (2006) han relacionado los síntomas positivos con un incremento de la percepción de causalidad (tender a percibir dos sucesos simultáneos como uno causa de otro), mientras que los síntomas de desorganización estarían asociados a un descenso del factor.

Las dificultades que se evidencian para responder la pregunta 6 que se relaciona con una disminución en la capacidad de empatía se encuentra en consonancia con lo planteado por Shamay-Tsoory (2006) quien sostiene la existencia de un procesamiento diferenciado entre los aspectos cognitivos y afectivos de la cognición social. La detección de un error social tal como lo plantea el test Faux Pas implicaría empatizar con el estado emocional del personaje de la historia. Nuestros resultados marcan una disminución general en el grupo de pacientes esquizofrénicos con un deterioro más pronunciado en el grupo de pacientes con historia de intentos autolíticos.

Al evaluar los resultados obtenidos en la prueba de lectura de la mente a través de la mirada, se observa un desempeño similar para ambos grupos, lo que indicaría que esta prueba no permite diferenciar en mayor medida a los pacientes en relación a la conducta autolítica en el grupo estudiado. Este hallazgo podría estar vinculado a una característica particular de la muestra, como por ejemplo la estabilidad de los síntomas psicóticos de los pacientes en fase de remisión, aunque también debe considerarse las limitaciones de las pruebas en esta población. La utilización de este tipo de tareas para la evaluación de TOM aunque ampliamente desarrollada en la investigación neuropsicológica no está libre de controversias. En un estudio de la validez psicométrica de este instrumento en población china Chen, et al. (2017) sugiere que los resultados de la prueba de Lectura de la mirada en población esquizofrénica deben ser interpretados con cautela porque estas medidas pueden no proporcionar resultados fiables y válidos sobre las capacidades avanzadas de TOM en los pacientes.

Respecto al estudio de las capacidades mentalistas en relación a la comprensión de lenguaje no literal, en nuestra investigación se ha observado una tendencia que asocia la sintomatología psicótica positiva y las dificultades para identificar y comprender ironías evaluado mediante la prueba de actos del habla del protocolo MEC. Bliksted et al. (2017) ha sugerido un incremento en la dificultad para reconocer expresiones de sarcasmo e ironía cuando existe un predominio de sintomatología positiva. Langdon y colaboradores (2002) sugieren que en la comprensión de la metáfora y de la ironía participan procesos cognitivos diferentes. La presencia de síntomas negativos tales como la alogia repercutiría en la

incapacidad para interpretar metáforas, debido a un déficit primario de la Teoría de la mente mientras que los problemas para reconocer la ironía estarían asociados en mayor medida con los trastornos formales del pensamiento. Los hallazgos presentes sugieren que la deficiente comprensión de la ironía están relacionados con los síntomas positivos, pero no en la misma magnitud con los síntomas negativos. En esta línea Salvatore et al. (2012) ha propuesto que la alteración pragmática del lenguaje contribuye a la aparición de la experiencia delirante en la esquizofrenia. La desorganización del pensamiento y la dificultad para seguir una conversación influiría negativamente en la capacidad de comprender la ironía. No obstante aún existen contradicciones en la evidencia para comprender acabadamente la influencia de la sintomatología psicótica en los trastornos pragmáticos del lenguaje. Stratta et al. (2007) describen una correlación entre los síntomas positivos y las dificultades en el nivel pragmático del lenguaje. En cambio, Saban-Bezalel y Mashal, 2017 presentó resultados que asociaron los síntomas negativos de la esquizofrenia y el desempeño en tareas de interpretación pragmática del lenguaje.

En los dos grupos estudiados en nuestra investigación se observan resultados similares o muy levemente inferiores en el grupo de pacientes con historia de intentos suicidas en pruebas de identificación de actos de habla indirectos. Lo que conduciría a evaluar los resultados de esta correlación con precaución. Se debe profundizar en estudios que permitan aclarar la naturaleza de este hallazgo

Al analizar de manera global los resultados en todas las pruebas evaluadas se observa la presencia de graves alteraciones en múltiples dominios y la ausencia de un déficit específico. Para comprender de modo profundo el desempeño de los pacientes estudiados, el perfil de rendimiento debería ser considerado tanto en su magnitud como en su cualidad. Respecto de la magnitud, en las medidas obtenidas los resultados presentan patrones de afectación que varían en un espectro de menor a mayor gravedad. Esto ya ha sido planteado por Hajdúk, Harvey, Penn y Pinkham, (2018) sobre un estudio de 178 pacientes esquizofrénicos evaluados en medidas de cognición social, que encontraron rendimientos no uniformes concluyendo la existencia de distintos grados de deterioro cognitivo social en la esquizofrenia. No todos los pacientes presentan los mismos déficits ni tampoco lo hacen en la misma medida.

En relación con la cualidad de deterioro pareciera, tal como lo plantea Brüne (2005), que los resultados muestran una afectación que compromete el desempeño de las capacidades de cognición social siguiendo un patrón que va desde las más avanzadas a las más elementales siguiendo el modo de adquisición de las mismas. Un mayor compromiso en tareas de evaluación de errores sociales, tareas de mentalización de 2do orden, comprensión de ironías y, en menor medida, tareas de mentalización de 1er orden y reconocimiento de emociones por medio de la mirada.

Una conducta como el intento de suicidio no puede asociarse específicamente a una característica única de los individuos, sino que es resultante de una combinación de ellas. Al considerar el rendimiento de tareas de Teoría de la mente de los sujetos del grupo con historia de intentos autolíticos, su funcionamiento social disminuido y las características de su desempeño cognitivo y ejecutivo se puede observar una suma de variables que deben ser evaluadas para identificar la vulnerabilidad al desarrollo de conductas suicidas. La evaluación neuropsicológica individualizada que pondere todos estos factores de manera global puede ser un potente instrumento para comprender la expresión particular de las conductas patológicas de los pacientes.

6. Conclusiones

Durante el presente trabajo hemos intentado explorar las características de una muestra de pacientes pertenecientes al espectro de la esquizofrenia. Hemos descrito los resultados diferenciando dos grupos: uno en el que los pacientes habían presentado historia de intentos autolíticos y otro que no. También exploramos la asociación entre las características clínicas de la muestra en relación con los resultados obtenidos en pruebas cognitivas y de cognición social. Nuestro interés se centró en una serie de características sociodemográficas, clínicas y de Teoría de la mente. Mediante la descripción y el análisis de las variables exploradas hemos podido recabar evidencia de la presencia de déficits en la capacidad de realizar inferencias en relación con la mente de otras personas. Hemos observado un déficit general en toda la muestra estudiada. Al explorar las habilidades de mentalización de los voluntarios se ha podido identificar una tendencia más pronunciada al déficit en tareas de mentalización de segundo orden (asignación de título de la historia mentalista del protocolo MEC) y en la identificación de metidas de pata o errores sociales (Test de Faux Pas) en el grupo de pacientes que presentaban historia de intentos autolíticos.

Los pacientes de ambos grupos presentaron sistemáticamente dificultades para interpretar situaciones de contenido social no explícito e inferir estados mentales de otras personas. Este hallazgo resalta la necesidad de profundizar en programas de evaluación y tratamiento que incluyan estas variables neuropsicológicas en el trabajo con esta población.

La conducta suicida puede ser entendida como la expresión final de la interacción de múltiples variables presentes a lo largo de la historia de vida de un paciente que hacen eclosión en un momento particular. La comprensión del acto suicida puede verse beneficiada mediante las herramientas que ofrece la neuropsicología en general y la evaluación neuropsicológica en particular. En nuestra evaluación de pacientes esquizofrénicos hemos podido observar que los déficits neuropsicológicos representan una diátesis patológica común y específica, que puede conllevar una desregulación clínica, emocional y comportamental del trastorno favoreciendo la aparición de conductas de riesgo suicida. De la

observación de nuestros participantes resulta evidente que existe un déficit en la capacidad de mentalización que le es propia al trastorno y que puede cobrar una presentación particularmente severa en pacientes que han tenido historia de intentos de suicidio.

Se debe señalar una serie de limitaciones en el trabajo realizado. En primer lugar al tratarse de un estudio descriptivo de casos resulta dificultoso establecer conclusiones que puedan ser fácilmente generalizables. Se requiere ampliar la investigación con la incorporación de un grupo control.

Durante la realización del presente estudio la selección de pacientes se vio interrumpida, desde el periodo comprendido entre abril del año 2020 y agosto del año 2021 debido a las medidas de distanciamiento social preventivo implementadas en la lucha contra la epidemia de COVID-19. Esta situación particular llevó a que no se pudiera respetar el número de pacientes que se había propuesto evaluar. Al mismo tiempo al tratarse de un estudio de exploración de factores asociados al riesgo de cometer suicidio y en particular la influencia de los déficits en teoría de la mente, concepto ampliamente vinculado con el de vulnerabilidad en el desempeño de habilidades sociales, no se puede descartar la influencia de las medidas de distanciamiento implementadas durante la Pandemia por COVID-19. En el futuro se debe profundizar el desarrollo de investigaciones que evalúen la influencia de las consecuencias de las medidas de distanciamiento social preventivo en esta población particular.

El reducido tamaño de la muestra no permitió realizar análisis estadísticos que permitieran determinar el efecto de covariables tales como la medicación o el tiempo de evolución de la enfermedad. Por lo que los resultados de este estudio deben ser considerados como preliminares y justifican profundizar en futuras investigaciones ampliando el número de participantes.

Respecto de los métodos utilizados para la recolección de información, se debe considerar que gran parte de la medición de variables asociada a la cognición social se realizó mediante la utilización de dos pruebas del protocolo MEC que no es una herramienta diseñada originalmente para evaluar pacientes del espectro esquizofrénico. Muchos de los estudios que evalúan rendimiento en cognición social se realizan mediante instrumentos específicos de los cuales no se cuenta con

versiones validadas y normalizadas en el medio argentino. Esta característica del diseño metodológico de nuestro estudio debe ser ponderada a la hora de evaluar sus resultados.

La utilización en nuestro estudio de pruebas de rastillaje cognitivo e intelectual limita sus hallazgos. Una prueba de capacidad cognitiva general, así como la evaluación mediante una prueba de inteligencia completa debe ser utilizada para poder ponderar adecuadamente la influencia de estas variables en la comparación de los grupos estudiados.

El presente estudio carece de información respecto a variables asociadas a estudios estructurales y funcionales del sistema nervioso. No se ha incluido una exploración mediante estudios de neuroimágenes debido a la falta de presupuesto en su financiación .Se debe considerar ampliar la exploración de los correlatos funcionales y neuroanatómicos en particular en esta población vulnerable.

7. Bibliografía

- Abdel-Hamid, M., Lehmkämer, C., Sonntag, C., Juckel, G., Daum, I. y Brüne, M. (2009). Theory of mind in schizophrenia: the role of clinical symptomatology and neurocognition in understanding other people's thoughts and intentions. *Psychiatry research*, 165(1-2), 19-26
- Abínzano, R. (2018). Aproximación al concepto de esquizofrenia: de la psiquiatría al psicoanálisis. *Investigaciones en Psicología*, 23, 7-13.
http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos_completos/anio23_1/abinzano.pdf
- Acosta, F., Aguilar, E., Cejas, M., Gracia, R., Caballero, A. y Siris, S. (2009). Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. *Actas españolas de Psiquiatría*, 37(1), 42-48.
- Alejandra G. (2015). El diagnóstico de la demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 5, 150-172. doi: [dx.doi.org/10.17533/udea.trahs.n5a08](https://doi.org/10.17533/udea.trahs.n5a08).
- Allebeck, P., Varla, A., Kristjansson, E. y Wistedt, B. J. A. P. S. (1987). Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(4), 414-419.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5° Ed. Arlington, VA.
- Angst, J. (2002). Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 57(1), 5-13.
doi:10.1016/s0920-9964(02)00328-6
- August, S. M., Kiwanuka, J. N., McMahon, R. P. y Gold, J. M. (2012). The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB): Clinical and cognitive correlates. *Schizophrenia Research*, 134(1), 76-82. doi:10.1016/j.schres.2011.10.015

- Aylward, E., Walker, E. y Bettes, B. (1984). Intelligence in schizophrenia: meta-analysis of the research. *Schizophrenia bulletin*, 10(3), 430
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, 21(1), 37-46 54.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. y Plumb, I. (2001). The "Reading the mind in the eyes" test revised version: a study with normal adults, and adults with asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241-251.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. y Jolliffe, A. T. (1997). Is there a " language of the eyes"? Evidence from normal adults, and adults with autism or Asperger syndrome. *Visual cognition*, 4(3), 311-331.
- Batty, G. D., Whitley, E., Deary, I. J., Gale, C. R., Tynelius, P. y Rasmussen, F. (2010). Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide: cohort study of 1 109 475 Swedish men. *Bmj*, 340.
- Bell, V., Halligan, P. W. y Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: a cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(5), 219–226.
doi:<http://doi.org/10.1016/j.tics.2006.03.004>
- Bellack, A. S., Blanchard, J. J. y Mueser, K. T. (1996). Cue availability and affect perception in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(3), 535-544.
- Bellack, A. S., Sayers, M., Mueser, K. y Bennet, M. (1994). Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 371-378
- Bentall, R. P., Kaney, S. y Dewey, M. E. (1991). Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 12-23
- Bleuler, E. "Demencia precoz, el grupo de las esquizofrenias". (1908) Buenos Aires, Ediciones Horme.

- Bliksted, V., Videbech, P., Fagerlund, B., y Frith, C. (2017). The effect of positive symptoms on social cognition in first-episode schizophrenia is modified by the presence of negative symptoms. *Neuropsychology*, 31(2), 209.
- Bora E, Yücel M, y Pantelis C. (2009a) Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM-V criteria and beyond. *Schizophr Bull* 2009; 36(1): 36-42.
- Bora, E., Yucel, M., y Pantelis, C. (2009b). Theory of mind impairment in schizophrenia: meta-analysis. *Schizophrenia research*, 109(1-3), 1-9.)
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia research*, 60(1), 57-64.
- Brüne, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia bulletin*, 31(1), 21-42.
- Carlborg, A., Winnerbäck, K., Jönsson, E. G., Jokinen, J. y Nordström, P. (2010). Suicide in schizophrenia. *Expert review of neurotherapeutics*, 10(7), 1153-1164.
- Cassidy, R. M., Yang, F., Kapczynski, F. y Passos, I. C. (2018). Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophrenia bulletin*, 44(4), 787-797.
- Chen, K. W., Lee, S. C., Chiang, H. Y., Syu, Y. C., Yu, X. X. y Hsieh, C. L. (2017). Psychometric properties of three measures assessing advanced theory of mind: Evidence from people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 257, 490-496.
- Clarens, M. F. (2021). Baremos en español del Mini-SEA (Mini Social Cognition and Emotional Assessment) en adultos normales de Buenos Aires. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 32(152), 5-10.
- Combs, D. R., Penn, D. L., Wicher, M. y Waldheter, E. (2007). The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cognitive neuropsychiatry*, 12(2), 128-143

- Corcoran, R., Mercer, G. y Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5-13.
- Corrigan, P. W. y Addis, I. B. (1995). The effects of cognitive complexity on a social sequencing task in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16(2), 137-144
- Corrigan, P. W. y Green, M. F. (1993). Schizophrenic patient's sensitivity to social cues: the role of abstraction. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 589-594
- De Achaval, D. (2010). Evaluación de la cognición social en pacientes con esquizofrenia y sus familiares de primer grado no afectados (Tesis para acceder al título de Licenciatura en psicología, Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades).
- Depp, C. A., Villa, J., Schembari, B. C., Harvey, P. D. y Pinkham, A. (2018). Social cognition and short-term prediction of suicidal ideation in schizophrenia. *Psychiatry research*, 270, 13-19.
- Derito, M. (2006). Breve consideración histórica sobre las nosografías psiquiátricas. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, Alcmeon 13(3).
https://www.alcmeon.com.ar/13/51/6_derito.htm
- Drucaroff, L. J. (2018). Estudio de las características del procesamiento emocional en la psicosis. [Tesis de Doctorado, Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires].
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/107245/CONICET_Digital_Nro_a85d3d5d-7e26-487f-b4cd-3ca5e230cf90_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Duño, R., Pousa, E., Miguélez, M., Ruíz, A., Langohr, K. y Tobeña, A. (2008). Ajuste premórbido pobre vinculado al deterioro en habilidades de Teoría de la mente: estudio en pacientes esquizofrénicos estabilizados. *Rev Neurol*, 47, 242-6.
- Durá, I. F., Peris, M. R., Vivó, C. D. y Ruiz, J. C. R. (2010). Versión abreviada del WAIS-III para su uso en la evaluación de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 22(2), 202-207.

- Durá, I. F., Ruiz, J. C. R., Ferrer, S. G., Boada, M. J. S., y Vivo, C. D. (2008). Esquizofrenia: déficit en cognición social y programas de intervención. *Informació Psicológica*, (93), 53-64.
- Dutta, R., Murray, R.M., Allardyce, J., Jones, P.B. y Boydell, J. (2011). Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophr. Res.* 126, 11–19.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). Test de Inteligencia Emocional de Mayer Salovey Caruso. Madrid: TEA Ediciones.
- Fenton W, McGlashan T, Victor B, y Blyler C.(1997). Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *American Journal Psychiatry*;154, 199-204.
- Fenton W. (2000). Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat Behavior*; 30:34-49
- Fernández García-Andrade, R. (2014). Psicosis cicloides: validez clínica y ubicación nosológica:(estudio prospectivo sobre una muestra de pacientes que presentan un primer episodio psicótico). (Tesis para acceder al título de Doctor, Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, departamento de psiquiatría.)
- Ferreres, A., Abusamra, V., Martínez-Cuitiño, M., Cote, H., Ska, B. y Joannett, Y. (2007). Protocolo para la evaluación de la Comunicación de Montreal (1.a ed.). Neuropsi Editores.
- García, R.R., Aliste, F. y Soto, G. (2018). Cognición social en esquizofrenia: aspectos cognitivos y neurobiológicos. *Revista colombiana de psiquiatría*, 47(3), 170-176.
- Garety, P. A., Hemsley, D. R. y Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic interference task. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 194-201.
- Gold, J. M., Robinson, B., Leonard, C. J., Hahn, B., Chen, S., McMahon, R. P. y Luck, S. J. (2017). Selective Attention, Working Memory, and Executive

Function as Potential Independent Sources of Cognitive Dysfunction in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/sbx155

Green M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal Psychiatry*, 153(3), 321-30.

Green, M. F., Horan, W. P. y Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620–631. doi:10.1038/nrn4005

Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L. y Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophrenia bulletin*, 31(4), 882-887.

Green, M. y Horan, W. (2010). Social cognition in schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 243-248.

Hajdúk, M., Harvey, P. D., Penn, D. L. y Pinkham, A. E. (2018). Social cognitive impairments in individuals with schizophrenia vary in severity. *Journal of psychiatric research*, 104, 65-71.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. y Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 9-20.

Heaton, R., Paulsen, J.S., McAdams, L.A., Kuch, J., Sizook, S., Braff, D. y Jeste, D. (1994). Neuropsychological Deficits in Schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 51(6), 469. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950060033003

Heinrichs, R. W. y Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 12(3), 426.

Heinrichs, R.W. (2004). Meta-analysis and the science of schizophrenia: Variant evidence or evidence of variants? *Neuroscience Biobehavioral Review*, 28, 379–394

Hor, K. y Taylor M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of psychopharmacology*, 24(4_suppl), 81-90.

- Jakhar, K., Beniwal, R. P., Bhatia, T. y Deshpande, S. N. (2017). Self-harm and suicide attempts in Schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 30, 102–106. doi:10.1016/j.ajp.2017.08.012
- Jollant, F., Lawrence, N. L., Olié, E., Guillaume, S. y Courtet, P. (2011). The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(5), 319-339.
- Jufe, G. (2014). La esquizofrenia según DSM-5. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 25, 36-42.
- Kay SR, Fiszbein A. y Opler LA. The Positive and Negative Síndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 1987; 13:261-276.
- Kee, K. S., Horan, W. P., Salovey, P., Kern, R. S., Sergi, M. J., Fiske, A. P. y Green, M. F. (2009). Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 107(1), 61-68.
- Keefe, R.S., Fox, K.H., Harvey, P.D., Cucchiaro, J., Siu, C., y Loebel, A. (2011). Characteristics of the MATRICS Consensus Cognitive Battery in a 29-site antipsychotic schizophrenia clinical trial (Feb) *Schizophrenia. Res.* 125 (2–3), 161–168 (Epub 2010 Dec 31)
- Kern, R.S., Gold, J.M., Dickinson, D., Green, M.F., Nuechterlein, K.H., Baade, L.E., Keefe, R.S.E., Mesholam-Gately, R., Seidman, L.J., Lee, C., Sugar, y C.A., Marder, S.R., (2011). The MCCB impairment profile for schizophrenia outpatients: results from the MATRICS psychometric and standardization study. *Schizophr. Res.* 126 (1–3), 124–131 (Epub 2010 Dec 14).
- Kinderman, P. y Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual differences*, 20(2), 261-264.
- Kirtley, O. J. (2018). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. Using crowdfunding to support your PhD research The application of a qualitative approach to adult attachment research: A short report Pregnant women, mothers, mother and, 27.

- Kjelby E., Sinkeviciute I., Gjesto R., Kroken R.A., Loberg E.M. y Jorgensen H.A. (2015) Suicidality in schizophrenia spectrum disorders: the relationship to the hallucinations and persecutory delusions. *Eur Psychiatry*. 30(7):830-836.
- Leiva, S. (2017). Validación de una batería para evaluar el reconocimiento de emociones a través del rostro y del cuerpo utilizando estímulos dinámicos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 9(3), 60-81.
- Leonhard, K. (1999). Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada. Buenos Aires, Argentina :Ed. Polemos,
- Lermada, V., Holmgren, D., Soto-Aguilar, F., y Sapag, F. (2013). Trastorno esquizoafectivo: ¿ Cuánto de esquizofrenia? ¿ Cuánto de bipolar?. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 46-60.
- López, P. Sanmillán, H. E., Cainet, A. R., Olivares, M. y de las Mercedes, O. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista Información Científica*, 93(5), 1189-1206.
- Lorenzo, J. y Fontán, L. (2001). La rehabilitación de los trastornos cognitivos. *Revista médica uruguaya*, 17, 133-139.
- Maj M. (2013).The DSM-5 approach to psychotic disorders: Is it possible to overcome the 'inherent conservative bias? *Schizophrenia Research*, 150 (1): 38-9
- Marjoram, D., Tansley, H., Miller, P., MacIntyre, D., Owens, D.G.C., Johnstone, E.C., y Lawrie, S. (2005). A theory of mind investigation into the appreciation of visual jokes in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 5, 12.
- Martínez, F., Fernández, E. y Martínez, J.C. (2013). Adaptación española de la versión no reducida multicanal del Perfil de Sensibilidad no Verbal (MiniPONS). *Anales de psicología*, 29(2), 604-613.
- Martínez, G. P., Sampedro, M. B., Cartoceti, R. V. y Abusamra, V. (2013). Dificultades en la comprensión de discurso narrativo: el comportamiento de los pacientes con lesiones del hemisferio derecho. In V Congreso

Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX
Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Martínez, G.P. (2015). Alteraciones pragmáticas de la comunicación verbal en
pacientes con esquizofrenia. *Exlibris*, 4, 400-411. ISSN 23143894

Martínez-Aguayo, J. C., Silva, H., Arancibia, M., Angulo, C. y Madrid, E. (2016).
Antipsicóticos y suicidio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(2), 141-150.

Masa Moreno, S. (2012). Esquizofrenia y Teoría de la mente. [Tesis de Doctorado,
Facultad de Educación. Universidad de Extremadura.]
[https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/315/1/TDUEX_2012_Masa_Moreno.p
df](https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/315/1/TDUEX_2012_Masa_Moreno.pdf)

Mayer, J. D. (2002). MSCEIT: Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test.
Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

McCleery, A., Lee, J., Fiske, A. P., Ghermezi, L., Hayata, J. N., Helleman, G. S. y
Green, M. F. (2016). Longitudinal stability of social cognition in schizophrenia:
a 5-year follow-up of social perception and emotion processing. *Schizophrenia
research*, 176(2-3), 467-472.

Mihaljević-Peleš, A., Janović, M.B., Šagud, M. Živković, M., Janović, S. y Jevtović. S.
(2019). Cognitive deficit in schizophrenia: an overview. *Psychiatria Danubina*,
31(2), 139-142.

Millan, M. J., Agid, Y., Brüne, M., Bullmore, E. T., Carter, C. S., Clayton, N. S. y
Young, L. J. (2012). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders:
characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nature Reviews
Drug Discovery*, 11(2), 141–168. doi:10.1038/nrd3628

Modestin J., Zarro I., y Waldvogel D. (1992). A study of suicide in schizophrenic in-
patients. *British journal psychiatry*; 160: 398-401.

Monchablon Espinoza, A. (2000) Las Psicosis Fasofrénicas según Karl Leonhard.
Revista argentina de clínica neuropsiquiátrica. Alcmeon, vol 9, N°2.
<https://www.alcmeon.com.ar/9/34/Monchablon.htm>

- Mondragón-Maya, A., Ramos-Mastache, D., Martini-Romero, D. y Yáñez-Téllez, G. (2017). Regulación Emocional En Pacientes Con Esquizofrenia: Un Estudio Piloto. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3), 215-219.
- Montross L.P., Zisook S. y Kasckow J. (2005). Suicide among patients with schizophrenia: a consideration of risk and protective factors. *Annals of clinical psychiatry*; 17: 173-182.
- Moritz, S., Woodward, T. S. y Ruff, C. (2003). Source monitoring and memory confidence in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 33, 131-139.
- Müller, D. J., Barkow, K., Kovalenko, S., Ohlraun, S., Fangerau, H., Kölsch, H. y Rietschel, M. (2005). Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics. *European psychiatry*, 20(1), 65-69.
- Musso M.W., Cohen A.S., Auster T.L. y McGovern J.E. Investigation of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a cognitive screener in severe mental illness. *Psychiatry Res.* 2014 Dec 15;220(1-2):664-8.
- Nangle, J. M., Clarke, S., Morris, D. W., Schwaiger, S., McGhee, K. A., Kenny, N. y Donohoe, G. (2006). Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders. *Schizophrenia research*, 85(1-3), 196-200.
- Negrão, J., Akiba, H. T., Lederman, V. R. G., y Dias, Á. M. (2016). Faux Pas Test in schizophrenic patients. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65, 17-21.
- Newman, L. S. y Uleman, J. S. (1993). When are you what you did? Behavior identification and dispositional inference in person memory, attribution, and social judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(5), 513-525.
- Nock, M. y OConnor, R. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, 1, 73-85.
- Nöthen M.M., Maier W., Heun R., y Rietschel M. (2005). Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics. *European psychiatry*; 20: 65-69.

- Novella, E. J. y Huertas, R. (2010). "El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia". *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219.
- Nunes, A., De Rosalmeida, C., Banzato, C. y Galdini, A.M. (2018). A historical account of schizophrenia proneness categories from DSM-I to DSM-V (1952-2013). *Revista latinoamericana de psicopatología*, 21(4), 798-828.
- Owen, R., Dempsey, R., Jones, S. y Gooding, P. (2018). Defeat and entrapment in bipolar disorder: exploring the relationship with suicidal ideation from a psychological theoretical perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 116-128.
- Palmer B.A., Pankratz V.S. y Bostwick J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia. A reexamination. *Arch Gen Psychiatry*, 62,247-53.
- Penadés, R., Franck, N., González-Vallespí, L., y Dekerle, M. (2019). Neuroimaging studies of cognitive function in schizophrenia. *Reviews on Biomarker Studies in Psychiatric and Neurodegenerative Disorders*, 117-134.
- Pena-Garijo J. y Monfort-Escrig C. (2020). Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (I): método de evaluación y correlatos neuronales. *Revista asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(137).
- Pena-Garijo, J. y Monfort-Escrig, C. (2020). Cognición en la esquizofrenia. Estado actual de la cuestión (II): sesgos cognitivos, modelos explicativos y programas de intervención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 40(137).
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (2017). Cognición social en la esquizofrenia: la importancia de la detección e intervención precoz. *Anuario de Sistema sanitario Navarro*, 40(2), 173-175.
- Peralta, V., y Cuesta, M. J. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry research*, 53(1), 31-40.

- Pinkham A.E., Penn D.L., Green M.F., Buck B., Healey K. y Harvey PD. (2014) The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. *Schizophr Bull.*; 40:813–23.
- Piñón, A., Álvarez, M.C., Torres, T., Vázquez, P y Otero, F. (2018). Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia. *Revista discapacidad clínica Neurociencias*, 5(1), 1-14.
- Pompili, M., Amador, X. F., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K. y Montross, L. P. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry*, 6(1), 10
- Pompili, M., Baldessarini, R. J., Forte, A., Erbutto, D., Serafini, G., Fiorillo, A., Amore, M. y Girardi, P. (2016). Do Atypical Antipsychotics Have Antisuicidal Effects? A Hypothesis-Generating Overview. *International journal of molecular sciences*, 17(10), 1700. <https://doi.org/10.3390/ijms17101700>
- Potkin, S. G., Anand, R., Alphs, L., Fleming, K. y InterSePT Investigators. (2003). Neurocognitive performance does not correlate with suicidality in schizophrenic and schizoaffective patients at risk for suicide. *Schizophrenia Research*, 59(1), 59-66.).
- Premack, D. y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a Theory of Mind? *Behavioral and Brain Sciences*, Vol. 1 (4): 515-526. Para valorar desde una perspectiva actual el contenido del artículo de Premack y Woodruff: Call, J., Tomasello, M. (2008). Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 12 (5): 187-192.
- Qin, P. y Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 427-432.
- Rebolleda, C. (2017). Déficit neurocognitivo y en cognición social en pacientes esquizofrénicos con un nivel preservado de funcionamiento intelectual general [(Tesis de Doctorado). Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico I.] <https://eprints.ucm.es/43390/1/T38954.pdf>

- Ríos M. y Muñoz, J.M. (2004). La Atención y el control ejecutivo después de un traumatismo craneoencefálico. Fundación Mapfre. Madrid
- Roman, F. N., Rojas, G., Roman, N. R., Iturry, M., Blanco, R., Leis, A. y Allegri, R. F. (2012). Baremos del Test de la Mirada en español en adultos normales de Buenos Aires. *Neuropsicología Latinoamericana*, 4(3).
- Rossau, C. D., y Mortensen, P. B. (1997). Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case–control study. *The British Journal of Psychiatry*, 171(4), 355-359.
- Saban-Bezalel, R., y Mashal, N. (2017). Comprehension and hemispheric processing of irony in schizophrenia. *Front. Psychol.* 8:943.
- Salvatore, G., Lysaker, P. H., Popolo, R., Procacci, M., Carcione, A. y Dimaggio, G. (2012). Vulnerable self, poor understanding of others' minds, threat anticipation and cognitive biases as triggers for delusional experience in schizophrenia: a theoretical model. *Clin. Psychol. Psychother.* 19, 247–259.
- Santa-Cruz, C. y Rosas, R. (2017). Mapping of Executive Functions / Cartografía de las Funciones Ejecutivas. *Estudios de Psicología*, 38(2), 284–310.
- Serrano, C. y Allegri, R.F. (2006). Adult Eyes Test – Español. Hospital Zubizarreta, Department of Neurology and Neuropsychology. Recuperado Noviembre 2019 de <http://www.autismresearchcentre.com/tests/>
- Shaffer, J. W., Perlin, S., Schmidt, C. W. y Stephens, J. H. (1974). The prediction of suicide in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Shamay-Tsoory S.G., Shur S., Barcai-Goodman L., Medlovich S., Harari H. y Levkovitz Y. (2006). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 13; 11-23
- Sierra Sanjurjo, N., Saraniti, A. B., Gleichgerrcht, E., Roca, M., Manes, F., y Torralva, T. (2019). The IFS (INECO Frontal Screening) and level of education: Normative data. *Applied Neuropsychology: Adult*, 26(4), 331-339.

- Siris S. (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, 15, 127-35
- Stephan K.E., Friston K.J. y Frith C.D. (2009). Disconnection in schizophrenia: from abnormal synaptic plasticity to failures of self-monitoring. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 509–527
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S., Calder, A. W., y Keane, J. (1998). Impairments in social cognition following orbitofrontal or amygdale damage. *Society for Neuroscience Abstracts*, 24, 1176
- Stone, W. S., Giuliano, A. J., Tsuang, M. T., Braff, D. L., Cadenhead, K. S., Calkins y M. E., Seidman, L. J. (2011). Group and site differences on the California Verbal Learning Test in persons with schizophrenia and their first-degree relatives: Findings from the Consortium on the Genetics of Schizophrenia (COGS). *Schizophrenia Research*, 128(1-3), 102–110.
- Stratta, P., Riccardi, I., Mirabilio, D., Tommaso, S. D., Tomassini, A. y Rossi, A (2007). Exploration of irony appreciation in schizophrenia: a replication study on an Italian sample. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 257, 337–339.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers S. y Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3–10. doi:10.1016/j.schres.2013.05.028
- Tobar Henríquez, A. (2016). Tobar Henríquez “¿Qué nos puede decir la esquizofrenia sobre cómo funciona la interacción social?: consideraciones metodológicas para el estudio de las habilidades de cognición social en pacientes con diagnóstico formal de esquizofrenia” [Tesis para optar al grado de Magister en Estudios Cognitivos] Universidad de Chile.
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143776/Que-nos-puede-decir-la-esquizofrenia-sobre-como-funciona-la-interaccion-social.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Togay, B., Noyan, H., Tasdelen, R. y Uçok, A. (2015). Clinical variables associated with suicide attempts in schizophrenia before and after the first episode. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 252–256. doi:10.1016/j.psychres.2015.07.025

- Tschacher W. y Kupper Z. (2006). Perception of causality in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 32 Supp/1, 106-112.
- Tirapu-Ustárrroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M. y Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente?. *Revista de neurología*, 44(8), 479-489.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. y Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.
- Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L. y Bellomo, A. (2016). Suicide in the early stage of schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 7, 116.
- Verma, D., Srivastava, M. K., Singh, S. K., Bhatia, T. y Deshpande, S. N. (2016). Lifetime suicide intent, executive function and insight in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophrenia research*, 178(1-3), 12-16
- Villa, J., Pinkham, A. E., Kaufmann, C. N., Granholm, E., Harvey, P. D. y Depp, C. A. (2018). Interpersonal beliefs related to suicide and facial emotion processing in psychotic disorders. *Journal of psychiatric research*, 100, 107-112.
- Walker, E. y Tessner, K. (2008). Schizophrenia. *Perspectives on Psychological Science*, 3(1), 30–37. doi:10.1111/j.1745-6916.2008.00059.x
- Weiten, W. (2001). Social behaviour. In: W. Weiten (Ed.). *Psychology Themes and Variations*, 5th edn. (pp. 655–694). Belmont, CA: Thomson Learning
- Woodward, T. S., Moritz, S., Cuttler, C. y Whitman, J. C. (2006). The contribution of a cognitive bias against disconfirmatory evidence (BADE) to delusions in schizophrenia. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 605-617
- Wu, C., Dagg, P. y Molgat, C. (2014). A pilot study to measure cognitive impairment in patients with severe schizophrenia with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Schizophrenia research*, 158(1-3), 151-155.

Yang Z., Abdul Rashid N.A., Quek Y.F., Lam M., See Y.M., Maniam Y., Dauwels J., Tan B.L. y Lee J.(2018) Montreal Cognitive Assessment as a screening instrument for cognitive impairments in schizophrenia. *Schizophr Res.* Sep;199:58-63. doi: 10.1016/j.schres.2018.03.008. Epub 2018 Mar 14. PMID: 29549976.

Yates, K., Lång, U., Cederlöf, M., Boland, F., Taylor, P., Cannon, M. y Kelleher, I. (2019). Association of psychotic experiences with subsequent risk of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide deaths: a systematic review and meta-analysis of longitudinal population studies. *JAMA psychiatry*, 76(2), 180-189.

8. Anexos

A. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Descripción de la cognición social en pacientes con enfermedades psiquiátricas

1. Invitación a participar

Lo/a estamos invitando a participar de un proyecto de investigación que estudia la capacidad de interpretar estados mentales de otras personas y su relación con el riesgo de presentar conductas autolesivas en personas que poseen diagnóstico de enfermedades que afectan la salud mental.

El objetivo de esta investigación es comprender cómo influye la capacidad para ponerse en el lugar del otro con el riesgo de cometer actos que dañen la propia integridad física.

Le voy a dar información y solicitarle que participe de este estudio. No tiene que decidir hoy si hacerlo o no. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, puede interrumpirme para darme tiempo de explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí o al Dr. Faccioli que es el investigador responsable del estudio.

Para participar de este estudio el Lic. Héctor Brienza llevará a cabo una entrevista y la realización de 6 test psicológicos que dan información sobre la inteligencia y sobre su capacidad para analizar estados mentales y emocionales de otras personas.

2. Participación Voluntaria

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. El objetivo es que todos/das los pacientes que participen en este estudio se sientan libres de participar, sin estar obligados o influenciados por persona o institución alguna. Puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin explicaciones.

3. Descripción de los procedimientos

Durante la investigación usted deberá concurrir a una única entrevista en el hospital con el Lic Brienza. Esta visita durará aproximadamente 90 minutos. En ella usted realizará 6 pruebas en las que se le pedirá que conteste preguntas y realice algunos ejercicios. En algunos de estos ejercicios le pedirán que escriba sus respuestas.

4. Riesgos

Este estudio no implica riesgos para su salud.

5. Beneficios

Si bien este estudio no le proporcionará un beneficio directo, permitirá comprender mejor cómo determinados factores psicológicos influyen en los actos autolesivos de las personas.

6. Derecho a negarse

Usted no tiene que tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

7. Costos

Este estudio no generará gastos extras para usted ni para su cobertura médica. Ud no recibirá pago alguno por su participación en este estudio.

8. Confidencialidad

La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en

vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cual es su número y se mantendrá la información en una computadora con acceso codificado sólo para los investigadores intervinientes.

Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales, solicitar rectificación en caso de ser necesario y a que sus datos no sean tratados a futuro en caso de retirarse salvo los recolectados hasta ese momento de acuerdo a la ley de Protección de Datos Personales 25.326.

9. Contacto

Si alguna vez usted necesita respuesta acerca de alguna pregunta sobre este estudio podrá comunicarse al teléfono (11)4959-0200 (Int. 8460) o a @hospitalitaliano.org.ar. Ante cualquier consulta sobre aspectos éticos relacionados con investigación clínica en general y con este protocolo en particular puede comunicarse con el Comité de Ética de protocolos de investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires cuyo coordinador es el Dr. , teléfono 4959-0200 (Int. 8425) o a cepi@hospitalitaliano.org.ar.

Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el CEPI y autorizado por la Dirección del HIBA

10. Aprobación

El presente proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del HIBA y autorizado por la Dirección del HIBA.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en una investigación acerca de la capacidad de interpretar estados mentales de otras personas y su relación con el riesgo de presentar conductas autolesivas en personas que poseen diagnóstico de enfermedades que afectan la salud mental.

Entiendo que he de realizar una entrevista de aproximadamente 90 minutos. He sido informado de que los riesgos son mínimos Sé que puede que no haya

beneficios para mi persona y que no se me recompensará de manera económica. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Buenos Aires. 02/12/2021 Hora: _____

Nombre del Participante.....

Firma del Participante.....

Fecha Día/mes/año.....

Nombre del Familiar/Conyugue/Conviviente.....

Firma del Familiar/Conyugue/Conviviente.....

Fecha Día/mes/año.....

Nombre del Investigador.....

Firma del Investigador.....

Fecha Día/mes/año.....

Nombre del Testigo.....

Firma del Testigo.....

Fecha Día/mes/año.....

De acuerdo con la Disposición 06/2008 emitida por la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (DNPDP), a usted se lo podrá contactar para que brinde información respecto del procedimiento de consentimiento.

B. Ficha de registro de variables sociodemográficas y clínicas

Cuestionario Información

Pacientes *Obligatorio

1. Número de identificación para el protocolo

2. Fecha *

3. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

4. Número de teléfono

5. Fecha de nacimiento *

Ejemplo: 15 de diciembre de 2012

6. Edad *

Expresada en años

7. Nivel de escolaridad * *Marca solo un óvalo.*

sin escolaridad

- primario
- secundario
- Terciario
- universitario

8. Años de estudio *

9. Lengua de origen *

10. Grupo de convivencia * *Marca solo un óvalo.*

- Hogar de ancianos
- Hogar nuclear completo de pareja sola
- Hogar nuclear con hijos
- Hogar nuclear con padres
- Hogar unipersonal:

11. Médico Psiquiatra a cargo *

12. Diagnóstico

13. Edad de inicio

Consulte acerca de la edad que tenía el paciente cuando inicio su primer tratamiento de psicoterapia o psiquiátrico)

14. Número total de internaciones

15. Tiempo de Hospitalización de su última

internación

Consigne el número total de días que el paciente permaneció dentro de una sala de internación según el registro de su historia clínica

Consumo de Medicación

16. Consumo de medicación psicotrópica *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No *Pasa a la pregunta 35.*

Tipo de medicación

17. Tipo de Medicación

Consigne el tipo de droga prescrita según historia clínica.

antipsicóticos. *Pasa a la pregunta 18.*

antidepresivos. *Pasa a la pregunta 20.*

ansiolíticos. *Pasa a la pregunta 22.*

hipnóticos. *Pasa a la pregunta 24.*

antirrecurrenciales. *Pasa a la pregunta 26.*

anticolinesterasicos. *Pasa a la pregunta 28.*

Otra, *Pasa a la pregunta 30*

Antipsicóticos

Consigne el tipo de droga

18. Antipsicótico 1 * .

Aripiprazol

Clorpromazina

Clozapina

Haloperidol

Olanzapina

Quetiapina

Risperidona

Levomepromazina

Trifluoperazina

Trifluoperazina

19. Consume otra medicación

Marca solo un óvalo.

Sí Pasa a la pregunta 17.

No Pasa a la pregunta 31.

Antidepresivos

20. Antidepresivo 1 *

Fluoxetina

Paroxetina

Sertralina

Citalopram

Escitalopram

Duloxetina

Venlafaxina

Desvenlafaxina

Trazodona

Mirtazapina

Vortioxetina

Vilazodona

Bupropión

Imipramina

Nortriptilina

Amitriptilina

Doxepina

Desipramina

Tranilcipromina

Fenelzina

21. Consume otra medicación

Marca solo un óvalo.

Sí Pasa a la pregunta 17.

No Pasa a la pregunta 31.

Ansiolíticos

22. Ansiolíticos*

Alprazolam,

Bromazepam,

Clonazepam,

Clorazepato dipotásico,

Diazepam,

Lorazepam

23. Consume otra medicación

Marca solo un óvalo.

Sí Pasa a la pregunta 17.

No Pasa a la pregunta 31.

Hipnóticos

24. Hipnóticos 1

Zolpidem,

Melatonina,

25. Consume otra medicación

Marca solo un óvalo.

Sí Pasa a la pregunta 17.

No Pasa a la pregunta 31.

Antirrecurrenciales

26. Antirrecurrenciales

Carbonato de Litio,

Valproato,

Carbamazepina

27. Consume otra medicación

Marca solo un óvalo.

Sí Pasa a la pregunta 17.

No Pasa a la pregunta 31.

Antidemenciales

28. Antidemenciales

Donepecilo,

Memantine.

29. Consume otra medicación

Marca solo un óvalo.

Sí Pasa a la pregunta 17.

No Pasa a la pregunta 31

30 Otra medicación. (Consigne la droga).

Número de intentos suicidas Número

total de actos con finalidad autolesiva que culminaron en una consulta a guardia o internación psiquiátrica

31. Número de intentos suicidas

32. Método autolítico:

C. Cuestionario MOCA

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
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		___/5
IDENTIFICACIÓN								___/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 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. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB	___/1						
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 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 escondió bajo el sofá cuando los perros entraron en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>	___/2						
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)	___/1						
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla	___/2						
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
	Optativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Pista de categoría							
	Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad	___/6						
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30		TOTAL		___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		

D. Cuestionario INECO Frontal Screening

INECO		INECO FRONTAL SCREENING		[IFS]	
SERIES MOTORAS					/3
"Mire atentamente lo que estoy haciendo". El examinador realiza tres veces la serie de Luria "puño, canto, palma". Ahora haga lo mismo con su mano derecha, primero conmigo y después solo." El examinador realiza las series 3 veces con el paciente y luego le dice. "Ahora, hágalo usted solo". Puntuación: 6 series consecutivas solo: 3 / al menos 3 series consecutivas solo: 2 / El paciente falla en 1 pero logra 3 series consecutivas con el examinador: 1 / El paciente no logra 3 series consecutivas con el examinador: 0					
INSTRUCCIONES CONFLICTIVAS					/3
"Golpee dos veces cuando yo golpee una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. "Golpee una vez cuando yo golpee dos veces". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0					
CONTROL INHIBITORIO MOTOR					/3
"Golpee una vez cuando yo golpee una vez". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 1-1-1. "No golpee cuando yo golpee dos veces". Para asegurarse que el paciente comprendió bien la consigna, realice una serie de 3 pruebas: 2-2-2. El examinador realiza la siguiente serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Puntuación: Sin error: 3 / Uno o dos errores: 2 / Mas de dos errores: 1 / El paciente golpea como el examinador al menos 4 veces consecutivas: 0					
REPETICIÓN DE DÍGITOS ATRÁS					/6
2-4				5-7	
6-2-9				4-1-5	
3-2-7-9				4-9-6-8	
1-5-2-8-6				6-1-8-4-3	
5-3-9-4-1-8				7-2-4-8-5-6	
8-1-2-9-3-6-5				4-7-3-9-1-2-8	
9-4-3-7-6-2-5-8				7-2-8-1-9-6-5-3	
MESES ATRÁS					/2
Diciembre		Noviembre		Octubre	
Junio		Mayo		Abril	
				Septiembre	
				Agosto	
				Julio	
				Enero	
MEMORIA DE TRABAJO VISUAL					/4
1-2				3-4-2-1	
2-4-3				1-4-2-3-4	
Señale los cubos en el orden indicado, el paciente deberá copiar esta secuencia de movimientos en orden inverso. Hágalo despacio; el paciente decide que mano prefiere utilizar.					
REFRANES					/3
Perro que ladra, no muerde	Los que hablan mucho, suelen hacer poco.				
A mal tiempo, buena cara	Tomar una actitud positiva frente a las adversidades				
En casa de herrero, cuchillo de palo	Carecer de algo cuando por tu profesión u oficio, no debiera faltarte				
Ejemplo: ½ punto. Explicación Correcta: 1 Punto.					
CONTROL INHIBITORIO VERBAL					6
Iniciación					
Me pongo los zapatos y me ato los					
Peleaban como perro y					
Inhibición					
Juan compró caramelos en el					
Ojo por ojo y diente por					
Lave la ropa con agua y					
Iniciación: Escuche cuidadosamente esta oración y cuando yo haya terminado de leerla, usted debe decirme lo más rápido posible, qué palabra podría completar la frase. Consignar respuesta. Inhibición, Diferente: 2/ Rel. Semántica: 1/Palabra exacta: 0 punto. Esta vez quiero que me diga una palabra que no tenga ningún sentido en el contexto de la oración, que no tenga ninguna relación con la misma. Por ejemplo: Daniel golpeó el clavo con el ...lluvia.					
Puntaje Total =		/ 30	Índice de Memoria de Trabajo (Digitos atrás + corsi) =		/ 10

E. Lista de tablas

Tabla 1 Diferencias en las secciones y categorías de la esquizofrenia establecidas por las ediciones del DSM I, II y III	12
Tabla 2 Diferencias en las secciones y categorías de la esquizofrenia establecidas por las ediciones del DSM III-R, DSM-IV, DSM-IV-R y DSM-5.....	14
Tabla 3 Criterios diagnóstico para espectro de la esquizofrenia según DSM-5 (APA, 2013)	17
Tabla 4 Dominios y pruebas propuestas por MATRICS	23
Tabla 5 Resumen de incidencia/epidemiología y posibles factores de riesgo (adaptado de Ventriglio et al., 2016).....	35
Tabla 6 Datos demográficos de pacientes con historia de suicidio	52
Tabla 7 Datos demográficos de pacientes sin historia de suicidio.....	52
Tabla 8 Distribuciones porcentuales y características demográficas de la muestra .	53
Tabla 9 Tipo y nombre de prescripciones en pacientes con historia de intentos autolíticos	54
Tabla 10 Tipo y nombre de prescripciones en pacientes sin historia de intentos autolíticos	54
Tabla 11 Características clínicas de los pacientes	55
Tabla 12 Descripción de variables clínicas de los pacientes con historia de intentos de suicidio.....	55
Tabla 13 Descripción de variables clínicas de los pacientes sin historia de intentos de suicidio.....	56
Tabla 14 Registro de sintomatología clínica psicótica y rendimiento cognitivo en pacientes con historia de intentos de suicidio.....	56
Tabla 15 Registro de sintomatología clínica psicótica y rendimiento cognitivo en pacientes sin historia de intentos de suicidio.....	56
Tabla 16 Estadísticos sintomatología psicótica en pacientes con historia de suicidio presente.....	57
Tabla 17 Estadísticos sintomatología psicótica en pacientes con historia de suicidio ausente.....	57
Tabla 18 Correlaciones entre sintomatología psicótica y cognitiva en pacientes con historia suicida.....	59

Tabla 19 Correlaciones entre sintomatología psicótica y cognitiva en pacientes sin historia suicida.....	60
Tabla 20 Resultados Historia mentalista MEC pacientes con historia de intentos de suicidio	62
Tabla 21 Resultados Historia mentalista MEC pacientes sin historia de intentos de suicidio	62
Tabla 22 Respuestas del cuestionario de la prueba de comprensión de discurso narrativo del Protocolo MEC.....	63
Tabla 23 Resultados de la prueba de Actos del habla en pacientes con historia de suicidio	64
Tabla 24 Resultados de la prueba de Actos del habla en pacientes sin historia de suicidio	64
Tabla 25 Estadísticos descriptivos Faux Pas pacientes con historia de intentos suicidas.....	65
Tabla 26 Estadísticos descriptivos Faux Pas pacientes sin historia de intentos suicidas.....	66
Tabla 27 Resultados Faux Pas para pacientes con historia de intento de suicidio ..	68
Tabla 28 Resultados Faux Pas para pacientes sin historia de intento de suicidio...	68
Tabla 29 Puntajes obtenidos en la prueba de lectura de la mirada por el grupo de pacientes con historia de intentos autolíticos	69
Tabla 30 Puntajes obtenidos en la prueba de lectura de la mirada por el grupo de pacientes sin historia de intentos autolíticos.....	69