

**Asociación Argentina de Ayuda a la Persona con Esquizofrenia y su Familia**

Charla APEF 29 de noviembre de 2024

## ***Alteraciones cognitivas en esquizofrenia. Qué herramientas tenemos para enfrentarlas, Dr. Eduardo Leiderman\****

\*Doctor en psiquiatría, Doctor en psicología y jefe del Hospital de Día del Hospital Alvear

Hice mi residencia y fui jefe de residentes, y después empecé a trabajar en el Hospital Alvear en una sala de internación. A los dos años fui a hacer un fellowship (posgrado) en Estados Unidos, en el centro psiquiátrico del Bronx, donde hay pacientes internados crónicamente y también pacientes agudos. Yo trabajaba principalmente en una unidad que dependía de la Universidad del Albert Einstein College of Medicine, donde se hacían investigaciones en pacientes refractarios. Ahí empecé a de investigaciones en la cognición de los pacientes, cosa que acá en la Argentina, muy imbuida en el psicoanálisis en los 70 y los 80 ni se hablaba en esos términos en relación a los pacientes con esquizofrenia. Cuando vine a la Argentina seguí adelante con estas investigaciones.

### ***¿Qué son las alteraciones cognitivas?***

Básicamente son todos los déficits que hay en la incorporación, el procesamiento y la utilización de información en el cerebro. Podríamos decir que la esquizofrenia más que un trastorno psicótico es un trastorno cognitivo, el 98% de los pacientes sufre de problemas cognitivos, incluso en ausencia de síntomas psicóticos activos (alucinaciones e ideas delirantes).

Kraepelin fue el primero en entender la esquizofrenia como una enfermedad y, en su afán clasificatorio, inicialmente la denominó “demencia precoz”, porque observó alteraciones cognitivas en pacientes jóvenes, esas alteraciones que estudiaba su colega Alzheimer en adultos mayores que tenían demencia senil. Kraepelin notó que estos pacientes jóvenes presentaban un deterioro intelectual temprano.

### **• *Tipos de Alteraciones Cognitivas***

Son muy frecuentes, y por eso es tan importante que las conozcamos y sepamos cómo están interviniendo en el día a día de cada paciente:

- **Velocidad de Procesamiento:** Las personas con esquizofrenia procesan la información más lentamente que las personas sin la enfermedad. Esta lentitud se observa incluso a nivel preconscious, o sea, cuando la persona escucha un ruido, el cerebro de la persona con esquizofrenia reacciona (y se puede eso ver con un electroencefalograma), pero lo escucha alterado lo escucha más tardíamente. Entonces el cerebro de una persona con esquizofrenia puede reaccionar de manera diferente y más tardía a un estímulo, incluso antes de que la persona sea consciente de haberlo escuchado.

- **Atención:** Dificultad para mantener la atención y seleccionar estímulos relevantes. A las personas que tienen esquizofrenia les resulta difícil mantener la atención y concentrarse. También les resulta difícil seleccionar un estímulo cuando hay muchos estímulos presentes. Esto significa que pueden tener dificultades para enfocarse en la información relevante y filtrar las distracciones. Por ejemplo, hoy en el hospital de día un paciente pidió salir de un taller y cuando le preguntamos por qué, dijo estaba aturdido con todas las voces. O sea, que para este paciente que escuchaba las voces de los otros pacientes se le tornó muy excesivo, y por eso se tuvo que retirar un momento del taller. Pensando en sus familiares, a veces los estímulos así tan fuertes les resultan bastante invasivos porque no pueden seleccionar qué escuchar o qué no escuchar. Hay un estudio muy interesante (se llama de la onda P 50), resumidamente es un estudio electroencefalográfico: normalmente cuando se produce un estímulo, a los 50 milisegundos se produce una onda positiva en el cerebro, cuando se produce un segundo estímulo igual, esa onda P 50 disminuye, es como si el cerebro ya conoce ese estímulo y entonces reacciona menos la segunda vez. En las personas con esquizofrenia el cerebro reacciona de la misma manera, como si no hubiera existido el primero. Podríamos decir que de alguna manera el cerebro en forma intuitiva o natural hace uso de la experiencia de ese primer estímulo que recibe (no es que nosotros pensamos que vamos a usar esa experiencia, se da en forma espontánea); y en el caso de las personas con esquizofrenia el cerebro no hace tanto uso de la experiencia, y por otro lado, el tiempo de reacción es siempre mayor, o sea las personas con esquizofrenia tardan en reaccionar más que las personas que no tienen esquizofrenia. Algo para tener en cuenta es que cuando un profesional, un psiquiatra, le hace una receta y le dice a un paciente cómo tiene que tomar la medicación, obviamente tiene que tomarse un tiempo seguramente mucho mayor que el que se toma con otros pacientes porque al paciente con esquizofrenia le va a resultar mucho más difícil atender esa prescripción, mantener la concentración en esa prescripción, y si tiene algo para decir también quizá se le pasa el tiempo y no lo dice.

- **Memoria:** Problemas con la memoria de trabajo (también llamada memoria operativa o *working memory*), la memoria verbal y el aprendizaje verbal. La memoria de trabajo es como la memoria RAM de una computadora, es decir la memoria que aparece en el momento en estamos utilizando la computadora, no es toda la memoria que tiene el disco rígido de la computadora. El ejemplo más común que se daba de la memoria de trabajo, aunque quedó un poco anticuado, era cuando nos decían un número de teléfono, lo leíamos y discábamos porque lo podíamos recordar. La cantidad de ítems que uno recuerda son siete (más/menos dos), y por eso los números de teléfono que tenían siete números, en su momento, ahora con los celulares ya no es necesario recordar números de teléfono. Los pacientes con esquizofrenia tienen problemas con la memoria de trabajo, les cuesta mantener *online* una determinada memoria. La memoria de trabajo es esencial para mantener la información disponible mientras se procesa y se utiliza. Entonces podemos empezar a entender que quizás algunos de los síntomas que nosotros vemos en nuestros familiares, están relacionados con los problemas cognitivos.

● **Memoria verbal y aprendizaje verbal:** Los pacientes tienen muchas más dificultades para aprender y para recordar cuando se les da una lista de palabras. Si uno lo compara con una persona que no tiene esquizofrenia, van a recordar muchas menos palabras o les va a resultar muy difícil, y cuando uno les pregunta cuál fue su estrategia para acordarse de esas palabras, dicen que no tenían ninguna estrategia, simplemente las que se acordaron, y cuando uno trata de acordarse una lista de palabras sin ninguna estrategia se acuerda muy poco. Cuando tengo que recordar el nombre de mis residentes, cosa que me cuesta al principio, trato de hacer asociaciones, por ejemplo, con los nombres de otras personas conocidas. Los pacientes son muy malos para eso, no hacen esas asociaciones. No tienen problemas con lo que se llama la *memoria implícita*, o sea, cuando aprendieron un hábito, ese hábito lo tienen, pueden decidir hacerlo o no, pero lo tiene. Cuando aprenden a andar en bicicleta y después tienen el brote, van a saber andar en bicicleta, aunque pueden decidir no hacerlo; lo que les va a resultar difícil una vez que ya tienen el proceso de la esquizofrenia es aprender a andar en bicicleta. Todos los procesos de aprendizaje se tornan mucho más difíciles, tanto en la memoria verbal de recordar palabras, como en la memoria visual.

● **Razonamiento y resolución de problemas:** Existen dificultades para razonar, encontrar la lógica, resolver problemas y planificar. Otro de los problemas se refiere a lo que se llama razonamiento y resolución de problemas, que forman parte de algo más global: las *funciones ejecutivas*. Los pacientes tienen muchas más dificultades para razonar, para encontrar la lógica, para resolver un problema y para planificar. Cuando yo planifico, tengo que tener en mente cuál es mi intención, hacer una torta, por ejemplo: los ingredientes, la cocción, etc., y luego tengo que seguir un procedimiento que tiene distintos pasos. A una persona que sabe cocinar le puede parecer muy fácil, pero les puedo asegurar que yo, que no soy nada cocinero si me piden hacer una torta, la primera vez me confundiría, tendría que anotar y seguir paso por paso las indicaciones. Mucho más complicado es la planificación de la vida: a qué hora tengo que salir para llegar a tal lugar, cuándo tengo que tomar la medicación, qué tengo que hacer cuando me visto o si me tengo que bañar antes o después. O sea todas cosas propias de la vida. Seguramente cada uno tiene una experiencia distinta con su familiar, algunos pueden planificar bien y otros muy mal, hay una cierta heterogeneidad pero cuando se ve como grupo, los pacientes en general, planifican mucho peor que cualquier otra persona. Por otro lado, hay otra gran dificultad en la *cognición social*, que es la manera en que nosotros nos representamos las relaciones con otra persona o con las otras personas. Eso lo hacemos básicamente con dos funciones: la percepción de emociones y la teoría de la mente. Respecto de la *percepción de emociones*, aunque ustedes no lo crean, mientras yo estoy hablando estoy mirando las pantallitas del zoom y veo las caras de cada uno, y eso a mí me da un feedback, veo si la cara es de aburrimiento, de comprensión, de afirmación, de sonrisa, etc., o sea es absolutamente necesario. Los pacientes tienen problemas con la percepción de emociones, cuando uno les hace test en donde se les muestran caras y se les pide que digan cómo está esa persona, si está enojada, triste o alegre, les resulta difícil, no lo reconocen tan fácilmente. Eso es un punto clave en el vínculo de una persona con la otra. La otra cuestión que se está estudiando mucho ahora, es otra función cognitiva (como la memoria, la atención, la planificación, etc.) que se llama la *teoría de la mente*, que es la idea que tenemos acerca de la mente del otro que piensa, decide, tiene intenciones. Nos puede parecer una verdad de Perogrullo, o sea, es obvio que vamos a tener una idea, una teoría de que el otro tiene una mente, que tiene una intención, que piensa, que tiene deseos. Esto es algo que vamos aprendiendo a lo largo de la vida. Cuando los chicos son chiquitos no se dan cuenta de que la mente de otro es distinta,

básicamente piensan que el otro piensa lo mismo que ellos. No llegan a darse cuenta de ciertas cosas como la ironía o las metáforas (ejemplo: subimos al colectivo con un niño de tres años y cinco meses y le decimos al colectivero que tiene menos de tres años y el nene afirma que tiene tres años y cinco meses, o sea él no se da cuenta de por qué estamos diciendo eso, no se da cuenta de que el colectivero tiene que saber una información distinta que la que él sabe); no es que sean malos, son más sinceros y no tienen vergüenza, porque tampoco saben que su palabra tiene un efecto sobre la mente del otro, que pueden lastimarlo u ofenderlo. Entonces la teoría de la mente es suponerle una intención al otro. Esto fue clave para el desarrollo humano y para la evolución. En la teoría de la mente el sesgo de la especie humana es paranoide, en otras palabras, si yo estoy caminando por la calle y escucho que hay una persona que viene caminando atrás, hay más posibilidades que yo piense que quiere hacerme algo, a que piense que me quiere hacer un gesto cariñoso. Eso tiene un interés evolutivo: un ser humano primitivo que vive en la selva y ve un animal, para la supervivencia será mejor que piense que el animal le quiere hacer daño y no que le va a brindar ayuda, por lo tanto tratará de esconderse o defenderse. Ahora la teoría de la mente, o sea, poder suponer la mente del otro, me permite vincularme y, eventualmente, salirme de esa sesgo paranoide: hablo con el otro, veo, entiendo que tiene una buena intención, o por lo menos supongo que tiene una buena intención, y establezco un vínculo. Imagínense que yo no tengo una idea de qué es lo que piensa el otro, lo primero que voy a pensar es que el otro me quiere hacer daño, o sea la especie está preparada para eso. Los pacientes con esquizofrenia tienen problemas para percibir las emociones de los demás y para tener una buena teoría de la mente de los demás, esas dos son las condiciones esenciales para guiar nuestras relaciones con las otras personas. Por eso también está eso en el núcleo, en el *core* de las alteraciones de los vínculos que tienen los pacientes con las demás personas. Por eso pueden suponer que alguien quiere dañarlos cuando nunca apareció tal intención, o viceversa pueden suponer que el otro es absolutamente solidario y eso los hace muy vulnerables, porque quizá el otro no es tan solidario como pensaron. De hecho, los pacientes con esquizofrenia son más víctimas que victimarios de violencia, porque justamente tienen una cierta candidez porque no pueden registrar bien la mente del otro.

Estos son los problemas más importantes de alteraciones cognitivas que tienen las personas con esquizofrenia. Se sabe claramente que si una persona empezó su esquizofrenia con una inteligencia muy grande (y hay muchos casos), comparada con otro hermano, siempre va a ser menor. O sea, la esquizofrenia en un punto produce un “derrumbe intelectual”. Ese derrumbe intelectual no empezó en el momento en que tuvo el primer episodio, seguramente tienen una historia de haber repetido años en el colegio, más allá de las alteraciones conductuales que aparecen previas al primer episodio. Eso es algo bastante frecuente que se da porque esas alteraciones intelectuales ya empezaron antes. Desde que la persona con esquizofrenia nace ya tiene retraso en ciertos hitos, por ejemplo, en los hitos motores: se sabe que, como grupo, las personas con esquizofrenia levantan la cabeza, se paran, empiezan a gatear y empiezan a caminar un mes más tarde. Obviamente, yo como padre si mi hijo camina un mes más tarde, no al año sino al año y un mes, no voy a pensar que ya tiene esquizofrenia, es algo absolutamente inespecífico. Pero cuando uno ve los pacientes de hoy y se fija qué pasó en ese primer año de vida encuentra, como grupo (individualmente, puede haber tenido distintos resultados) pero como grupo en general tuvieron un retraso en los hitos motores. Y yo digo los hitos motores porque en el primer año de vida sabemos del cerebro del chico por lo que hace, por sus movimientos, porque todavía no habla. Se sabe por los movimientos que hacen: cómo levanta la cabeza, cómo se

sonríe, cómo gatea, cómo camina, cómo se para, cómo controla esfínteres. Después se empieza a saber lo que pasa en su mente porque habla. Entonces tenemos que son trastornos bastante importantes, que están en la mayor parte de los pacientes y empiezan muchísimos años antes de que empiece el primer episodio. Kraepelin fue el primero que describió la demencia precoz, y después, a lo largo de la vida, pueden pasar distintas cosas. Antiguamente se pensaba que la mayoría de los pacientes con cada episodio tenía un defecto mayor, o sea que el defecto intelectual iba siendo cada vez mayor a medida que pasaba el tiempo con cada brote. Hoy en día se sabe que aproximadamente en el 50% de los pacientes una vez que empezó la enfermedad, esas alteraciones se mantienen iguales, no empeoran, tampoco mejoran pero no disminuyen. En un 40% hay una muy leve disminución a lo largo del tiempo de esas facultades cognitivas, y en un 10% sí hay una caída importante cada vez, y cada vez están peor cognitivamente. Por supuesto, que las personas, cuanto más tempranamente iniciaron la esquizofrenia mayores problemas cognitivos van a tener, o sea, de alguna manera cuanto más se retrasa el comienzo de la esquizofrenia, mejor va a ser la evolución. Es importante saber que los trastornos cognitivos están asociados fuertemente con la evolución de las personas: cuando yo veo un paciente voy a saber cómo va a ser su evolución a lo largo de su vida, no tanto por cuántas alucinaciones o ideas delirantes tiene, lo que me va a guiar mucho mejor es ver cuáles alteraciones cognitivas tiene hoy en día. Cuantas más alteraciones cognitivas tenga, yo sé que la evolución va a ser peor. Cuanto mejor esté en la cuestión cognitiva, mejor va a ser su evolución y su funcionalidad, y mayor va a ser su calidad de vida, menos hospitalizaciones va a tener. Esto es algo que se ha estudiado muchísimo, y hoy en día está muy claro que la evolución de las personas depende de su perfil cognitivo.

¿Por qué se producen estas estos problemas cognitivos? Hoy en día todavía no se sabe, se cree que hay un desbalance entre fenómenos excitatorios e inhibitorios del cerebro, y ese desbalance haría lo que se llama “señal ruido”. Para tener las funciones cognitivas, nuestro cerebro tiene que dejar de hacer ruido, y tiene que haber un determinado lugar donde se concentran las funciones de las neuronas; pero imagínense que todas las neuronas están descoordinadamente excitadas, hay mucho ruido, y se cree que eso tiene que ver con parte de las alteraciones cognitivas que tienen los pacientes. Traté de explicarlo lo más fácilmente entendible, obviamente, tiene una complejidad mayor, pero no entraré en eso.

Claramente se sabe que las personas que tienen más trastornos cognitivos tienen más agresividad y menos conciencia de enfermedad. O sea, cuanto más alterado está cognitivamente, menos conciencia de enfermedad va a tener, y cuanto mejor esté cognitivamente mayor conciencia de enfermedad. Y ustedes saben que la conciencia de enfermedad está asociada con cómo hace el tratamiento, porque va a estar mucho más predispuesto hacer el tratamiento. Puede estar también mucho más triste y mucho más deprimido de saberse en esa condición, pero va a estar más predispuesto a hacer el tratamiento.

Las personas con esquizofrenia refractaria, aquellas que no respondieron a distintos medicamentos, tienen más alteraciones cognitivas. Hablando de medicamentos, estos en general, han sido neutrales. Se sabe que el Haloperidol y la Clozapina son, en general, los que producen más problemas en la cognición, que no son tantos. O sea, la enfermedad *per se* produce las alteraciones cognitivas, pero se ha visto en muchos casos que el Haloperidol y la Clozapina pueden agravar alguna de esas

alteraciones cognitivas, pero repito que, obviamente eso no necesariamente implica que uno no va a tener que dar esos medicamentos, si son necesarios. Como siempre es una balanza entre los beneficios que pueden dar esos medicamentos y los perjuicios. Y esa es la balanza que hay que hacer en cada caso. También se sabe que los medicamentos que tienen más efecto anticolinérgico tienen peor resultado en los test cognitivos.

### *¿Cómo podemos ayudar a los pacientes?*

**Concientización:** En principio, hay que saberlo. Uno supone que la persona con esquizofrenia tiene un cerebro que atiende, comprende, memoriza, planifica y razona de la misma manera en que lo hacemos nosotros. Pues eso no es así. Entonces tener la comprensión de ese fenómeno, aceptar que a veces uno va a tener que explicar las cosas varias veces, que quizá dijimos algo y la persona no pudo atenderlo, o pensar que a veces el estímulo le reverbera tanto que necesita un momento de tranquilidad.

**Remediación Cognitiva:** acá, en la Argentina, no hay un programa específico de remediación cognitiva. Son talleres cognitivos, o sea que hacen específicamente un tratamiento cognitivo sobre esas dificultades. Hay lugares donde tienen rehabilitación cognitiva pero no especificada para las personas con esquizofrenia, tienen talleres de memoria, talleres para la atención, etc. No piensen que esto pasa en la Argentina, en Estados Unidos mismo hay ocho o nueve lugares en todo Estados Unidos, en Europa hay en Francia principalmente, alguno en Inglaterra y no mucho más. O sea, no es que nosotros carecemos de eso y en todos los lugares del mundo está.

**Ejercicio Físico:** Hoy en día se sabe por ejemplo para las personas dementes es mucho mejor salir a caminar, en términos de cognición, que hacer sudokus. Indiscutiblemente se sabe que el ejercicio físico mejora la cognición y está probado que en las personas con esquizofrenia mejora la cognición. Se vio por ejemplo, un estudio que el hipocampo de los pacientes que hacían ejercicio aumentaba de tamaño y tenían mejor memoria. Además de todos los beneficios cardiovasculares, pero el ejercicio físico produce muchos beneficios cerebrales, en la cognición, en la vasculatura, en el flujo sanguíneo del cerebro, es muy importante para todas las personas, pero para nuestros pacientes con esquizofrenia mucho más.

**Medicamentos:** dejé en último lugar a los medicamentos. La verdad es que los medicamentos para la cognición en esquizofrenia han fallado una y otra vez. Hay una droga que está estudiando laboratorio Boehringer que se llama Iclepertina y en este momento está terminando la fase tres, o sea la última fase de investigación. Aparentemente con buenos resultados para la memoria de trabajo, o sea sería para la persona que tiene particularmente problemas en la memoria de trabajo. Repito, recién se está terminando la investigación de esta droga y hasta que aparezca en el mercado van a pasar seguramente unos cuantos meses, por no decir años. La otra es el Luvadaxistat, que está todavía en fase dos, o sea que para que llegue todavía van a pasar más años. Y por último la Memantina, que es una droga que existe hoy en día que se usa para el Alzheimer, y que se vio, pero mínimamente, que tiene ciertos beneficios cognitivos. Piensen que esto es un proceso, el proceso cognitivo, que se va haciendo a lo largo del tiempo, desde que inicia la vida, entonces no podemos

pensar que solamente con una sustancia química vamos a resolverlo, se van a necesitar distintas intervenciones cognitivas, ejercicio, químicas, etc. para producir la mejoría cognitiva.

## ***Preguntas***

1. ¿Cómo se podría notar la diferencia entre la falta de la teoría en la mente en el autismo y la esquizofrenia? ¿El síntoma se percibe de la misma forma?

La teoría de la mente en realidad inicialmente se estudió en los chimpancés, y después empezó a estudiarse en el autismo. En el autismo directamente no hay teoría de la mente, el chico no piensa que está lidiando con la mente de otro. En la persona con esquizofrenia no es tan absoluto. Podríamos decir que esa quizás sería la diferencia, que no es una ausencia absoluta pero está claramente alterada.

2. ¿Se evita el deterioro cognitivo con los antipsicóticos? ¿Hay alguna otra medicación o vitamina que ayude a evitar o mermar el deterioro?

Los antipsicóticos no evitan el deterioro. De hecho dije que inclusive podría agravarlos, pero no los va a evitar, lamentablemente.

3. ¿La enfermedad es orgánica en términos de funcionamiento cerebral?

Hoy en día se sabe que la enfermedad tiene un fuerte componente hereditario de tipo genético, pero no un solo gen, es un grupo de genes que se juntaron de una manera que resultó nociva para esa persona, pero normalmente esos genes están en la población y no necesariamente son nocivos. De hecho las personas con esquizofrenia tienen menos hijos que el resto de la población, sin embargo el porcentaje de personas con esquizofrenia sigue siendo el mismo en el mundo (aproximadamente entre el 0,6% y el 0,8% de la población). Eso significa que las personas que no tienen esquizofrenia también tienen esos genes. Ocurre que cuando se juntan de una determinada manera dan esa vulnerabilidad, y después con problemas que pasan a lo largo de la vida, que pueden ser desde traumatismos en el embarazo, en el parto, hambruna, desnutrición, traumatismos cerebrales en la infancia, uso de drogas (Cannabis principalmente) todo eso puede confluir en que la persona con esa vulnerabilidad genética desarrolle la esquizofrenia. Lamentablemente en la Alemania nazi antes de los campos de concentración mataron a todas las personas que estaban en los institutos mentales, entre ellos personas con retraso mental y con esquizofrenia, o sea que en Alemania después de terminada la Segunda Guerra Mundial ya casi no existían personas con esquizofrenia. Sin embargo pocos años después cuando se veía cuántas personas nuevas con esquizofrenia estaban apareciendo en los distintos países de Europa, en Alemania estaban apareciendo más personas con esquizofrenia que en el resto de los países. Eso nos muestra que no es solamente genético, o sea, había seguramente ciertas cosas del medio ambiente que daban lugar a la esquizofrenia. Con respecto a esa pregunta de si hay cosas orgánicas, sí hay cosas que tienen que ver con el funcionamiento cerebral y también hay cosas que tienen que ver con la crianza, y en eso pongo tanto cosas biológicas como psicológicas.

4. ¿Se puede reeducar al paciente para recuperar las funciones cognitivas?

Existe lo que se llama la rehabilitación cognitiva, que va a mejorar pero no va a llegar al “normal”. Pero a veces se puede hacer un andamiaje, no se puede mejorar una función pero se puede mejorar

otra, o apoyar en otra cosa. Por ejemplo, si yo no le puedo mejorar la memoria de qué cosas tiene que hacer a la mañana, puedo ponerle un papel en el espejo del baño donde diga los distintos pasos de lo que tiene que hacer.

5. ¿Qué daños hacen al colon o al estómago los antipsicóticos tomados durante 30 años?

Se pueden tomar durante años y años, y décadas y no necesariamente van a producir un daño. Hay muchos medicamentos que pueden producir efectos, pero en general los antipsicóticos no producen daños. Pueden producir cambios en el funcionamiento, o sea muchos antipsicóticos como la Clozapina producen una constipación muy importante, pero no es un daño en sí, la constipación puede producir un daño, pero en sí, no es un daño físico que le produce al intestino.

6. ¿Qué estudios de imágenes o de laboratorio nos ayudan a controlar la enfermedad?

No, los exámenes de imágenes o laboratorio no nos ayudan a controlar, nos permiten ver cómo está el paciente y en función de eso vamos a implementar distintas medidas. Con respecto a los imágenes, siempre es bueno cuando una persona tiene un primer episodio psicótico, poder hacer un estudio como tomografía o resonancia, según el caso, pero no es necesario y si aparece de pronto alguna otra cosa rara vale la pena hacerlo, pero si no, no es necesario hacer todos los años una tomografía. En algunos casos vale la pena hacer un electroencefalograma para chequear, en algunos casos complicados, si hay síntomas que obedecen a cuestiones epilépticas. Los exámenes de laboratorio tienen que ver principalmente con que los medicamentos que toman producen alteraciones metabólicas (glucemia, colesterol, triglicéridos) y eso hay que controlarlo y eventualmente tratarlo.

7. ¿Tiene referencias de la citicolina en la esquizofrenia?

Sí, alguna vez la vi mencionar, pero los beneficios no son contundentes.

8. ¿Las vitaminas ayudan o no? ¿La vitamina B ayuda a la memoria?

Lo que ayuda es tener un buen nivel vitamínico en el cuerpo, y si uno tiene una dieta variada y nutritiva, ahí recibe todas las vitaminas. Pueden ayudar en una mujer embarazada, en un niño desnutrido o en una persona ya adulta mayor que no está comiendo adecuadamente. En todas las otras personas adultas que comemos adecuadamente variedad de alimentos vamos a recibir todas las vitaminas que necesitamos, no necesitamos complementar. Hasta lo que se sabe, la esquizofrenia no tiene que ver con una falta de vitaminas, así que no tendría sentido dar vitaminas mientras la persona está bien nutrida. Lo mismo vale para el caso específico de la vitamina B.

9. ¿Algún paciente llega a estar estable dentro del diagnóstico?

Sí, muchas personas consiguen la estabilidad.

10. En el caso del Haloperidol inyectable ¿sería recomendable pedir al psiquiatra el cambio a otra de larga duración?

Si está tomando el Haloperidol, lo está tolerando y está controlando la enfermedad, ¿por qué habría de cambiar el medicamento? Así como dicen “equipo que gana, no se cambia” también vale para “medicación que controla la enfermedad y que no produce estos efectos adversos, no se cambia”. Esto es una máxima absoluta. Cuidense de esto de “porque yo quiero tomar la última que salió”. La última que salió no es necesariamente la mejor para esa persona. Tiene sentido cambiar la medicación si la

medicación que uno toma está produciendo efectos adversos muy grandes, o si no le está produciendo los beneficios que uno quiere.

11. ¿Es lo mismo el diagnóstico de psicosis que el de esquizofrenia?

La esquizofrenia es un tipo de psicosis. Hay otros cuadros de psicosis y hay que hacer el diagnóstico correspondiente.

12. ¿Sería posible hacer la remediación cognitiva en forma virtual si uno puede conseguir en otro país?

Si alguien aquí quiere hacer remediación cognitiva puede acercarse a lugares como Fleni o Ineco que es donde hacen habilitación cognitiva. Quizás ellos le pueden armar a la persona cierto paso por distintos talleres, no necesita hacerlo virtual. Desconozco si hoy en día hay algún lugar donde se haga virtual.

13. ¿Qué estudio deberíamos realizar para conocer el estado de deterioro cognitivo?

Una evaluación neurocognitiva para una persona con esquizofrenia, hoy en día hay bastantes psicólogas y psicólogos que se especializaron en esto.

14. Mi hermano no aplica la lógica, ¿es por la medicación?

Esto no tiene que ver con la medicación. La enfermedad altera la intelectualidad, altera el razonamiento, la resolución de problemas y eso tiene que ver con la lógica. Por eso los pacientes tienen muchas veces problemas para entender metáforas o para entender chistes.

15. ¿Qué herramientas podríamos utilizar como familiares para ayudar a la remediación cognitiva?

Son distintos programas de rehabilitación cognitiva, pero normalmente uno no lo hace. Reitero, si salen a caminar con su familiar una hora (si logran convencerlo) ya están haciendo rehabilitación cognitiva.

16. ¿La Olanzapina puede traer deterioro cognitivo?

Sí, puede actuar sobre la cognición, no es el que más deterioro cognitivo produce. Pero vuelvo a decir **el grueso del deterioro cognitivo no es por la medicación de ninguna manera, es por la enfermedad**. Por favor no vayan ahora decir que deje la medicación porque produce deterioro cognitivo, por favor que no se entienda mal lo que yo digo, o sea el deterioro cognitivo es por la enfermedad. La medicación, a veces, puede agravar un poco, pero es más el beneficio que hace la medicación que el perjuicio.

17. ¿Se puede ver en ecografías u otros estudios durante el embarazo si hay predisposición a desarrollar esquizofrenia?

No, eso no se puede saber. Obviamente si los dos padres tienen esquizofrenia puedo suponer, y hay tablas que lo indican, cuál es el porcentaje de probabilidades que tienen de tener un hijo con esquizofrenia, y es del 40%. Un hermano gemelo con esquizofrenia va a tener 50% de probabilidad de tenerla el otro hermano gemelo, un padre con esquizofrenia va a tener 18% de probabilidad, un hermano mellizo o un hermano con esquizofrenia, 18% de probabilidad. O sea, siempre es una *probabilidad*.

18. ¿Existe una relación entre convulsión prolongada y aparición de esquizofrenia posteriormente?

Cerletti, que es el que inventó el TEC (terapia electroconvulsiva), tenía la idea de que las personas con epilepsia sufrían menos esquizofrenia, cosa que no es verdad. El TEC hoy en día es un tratamiento que ha sido probado, pero no ha sido nunca probado que las personas con esquizofrenia tengan menos epilepsia, tampoco necesariamente tienen más epilepsia. No veo que haya una relación entre convulsión prolongada y esquizofrenia.

19. ¿Se puede revertir el tema de la enuresis con Clozapina?

Básicamente relación al tema de la enuresis es tratar de que tome poco líquido después de las 5 de la tarde, que vaya a orinar antes de dormir. Aparentemente tiene que ver con una sedación tan grande que produce la Clozapina que las personas están muy dormidas entonces por eso se produce la enuresis.

20. ¿Cuál es la dosis mínima eficiente para mantener al paciente sin síntomas positivos? ¿Cómo se puede saber cuál es la dosis mínima eficiente para ese paciente?

Si bien nosotros nos basamos en datos científicos, hay mucho del tratamiento de las personas con esquizofrenia que es artesanal, es decir, es “a medida” para cada paciente. Hay dosis mínimas efectivas en todos los medicamentos, pero cada psiquiatra con su paciente tiene que averiguar cuál es la dosis efectiva para esa persona. Y a veces uno tarda en averiguarlo, no es rápido. Nosotros usamos una palabra que a los pacientes y a los familiares no le gusta mucho, que es *prueba terapéutica o ensayo y error*, pero lamentablemente eso es lo que hay que hacer. Pero esto no solamente se hace en esquizofrenia y en psiquiatría, sino en todas las patologías clínicas, forma parte de la experiencia médica, y por eso se dice que la medicina es ciencia y arte, porque usamos datos científicos pero también aplicamos el arte para llegar al mejor tratamiento para cada uno de los pacientes.

21. ¿Cuál es un buen medicamento para la salivación excesiva que produce la Clozapina?

Básicamente la salivación excesiva se produce más a la noche, ahí yo diría no vale la pena usar medicamento a la noche, con poner una toallita en la almohada ya se resuelve. Hay gotas oftálmicas de atropina que se pueden poner en la boca, NO tragarlas, sino poner alrededor de la boca y la atropina produce sequedad bucal. Sí, la Clozapina es uno de los antipsicóticos que más sialorrea o hipersalivación produce, que es distinto de que la que producen otros tipos de antipsicóticos, porque otros antipsicóticos producen la sialorrea simplemente porque la persona traga más lentamente la saliva, pero con Clozapina tiene un efecto particular que estimula la liberación de saliva.

Finalmente el Dr. Leiderman recomienda la asistencia a los talleres de psicoeducación porque han mostrado disminuir el 50% de las hospitalizaciones, es un número contundente, y la psicoeducación es un elemento muy fácil que implica que los familiares sepan cómo ayudar a su familiar y también se puedan cuidar.

Para escuchar la charla completa, ver el canal de YouTube de APEF:

[https://www.youtube.com/watch?v=Xwg0kjp\\_478](https://www.youtube.com/watch?v=Xwg0kjp_478)