

Datos Generales

Proyecto	Teoría de la mente y Empatía en pacientes con esquizofrenia paranoide		
Estado	INACTIVO		
Semillero	UNIAUTONOMA		
Área del Proyecto	Ciencias Humanas	Subárea del Proyecto	Psicología
Tipo de Proyecto	Proyecto de Investigación	Subtipo de Proyecto	Investigación en Curso
Grado	IX SEMESTRE	Programa Académico	Psicología
Email	juan.palacio@uac.edu.co	Teléfono	3164506502

Información específica

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental que hasta la actualidad se define de modo sindrómico, y cuya etiología y fisiopatología no son aún suficientemente conocidas. Pero hay evidencias de anomalías neurobiológicas y cognitivas (déficit de atención y el procesamiento de información) que preceden la aparición de los síntomas, y que hacen que las funciones mentales del sujeto sean vulnerables a diversos factores estresantes que actuarían como desencadenantes (Alberdi, 2005). En el área de las neurociencias cognitivas existe un creciente interés por el estudio de los fenómenos emocionales y sociales de la cognición y la toma de decisiones (TD), los cuales parecen tener una importancia capital en la dinámica cerebral (Manes, Sahakian, Clark L y et al, 2002; Todorov, Harris, Fiske, 2006). En el área de la neuropsiquiatría la relación entre la toma de decisiones, el procesamiento afectivo (incluyendo la empatía) y la teoría de la mente (procesamiento e interpretación de los sistemas cognitivos y emociones de las demás personas y de uno mismo) es un tópico de intensa investigación (Torralva, Kipps, Hodges, et al, 2007). La teoría de la mente es procesada en estructuras anatómicas como los lóbulos frontales, y una disfunción en estos puede alterar cognitivamente y emocionalmente al individuo. Numerosos estudios de neuroimagen funcional cerebral de la ToM en sujetos sanos han demostrado que el área prefrontal, amígdala y lóbulo parietal inferior se activan en el desarrollo de las tareas ToM (Brunet E, Sarfati Y, Hardy-Bayle MC, Decety J, 2000). Las investigaciones han demostrado que la cognición social está deteriorada en los individuos con esquizofrenia. También es observable la dificultad que presentan estos pacientes al momento de reconocer emociones faciales. Esta alteración se reflejaría en lograr que los pacientes puedan percibir las emociones faciales de manera holística, pero se aprecia una relación del reconocimiento facial con las funciones cognitivas; se aprecia una asociación positiva con el coeficiente intelectual, atención y resistencia a la interferencia con independencia de la memoria de trabajo, fluencia o aprendizaje verbal (Caviaras A, Valdebenito M, 2007). Un conjunto reciente de estudios sugieren que la toma de decisiones, la teoría de la mente y la empatía son procesos centrales afectados en la esquizofrenia. La toma de decisiones está afectada en pacientes con esquizofrenia (Martino, Bucay, Butman, Allegrí, 2007; Gold, Waltz, Prentice, et al. 2008), especialmente en aquellas tareas que involucran un componente afectivo o de recompensa (Borras, Huguelet, 2007; Lee, Brown, Egleston, et al. 2006; Yip, Sacco, George, Potenza, 2009). Múltiples estudios sugieren una afectación de las tareas mentalistas afectivas y cognitivas de la ToM (Martino, Bucay, Butman, Allegrí, 2007; Abdel-Hamid, Lehmkaemper, Sonntag, et al. 2009; Badgaiyan, 2009; Mazza, Di Michele, Pollice, et al. 2008; Irani, Platek, Panyavin, et al. 2006). En la misma línea, diversos estudios sugieren que los déficits en procesos empáticos son fundamentales en la esquizofrenia (Bora, Gökçen, Veznedaroglu, 2008; Derntl, Finkelmeyer, Toygar, et al. 2009; Shamay-Tsoory, Shur, Barcai-Goodman, et al. 2007; Giron, Gómez-Beneyto, 2004). Por esta razón, en esta investigación las variables centrales de estudio están focalizadas en los procesos de teoría de la mente y empatía en pacientes esquizofrénicos tipo paranoide, quienes tendrán diagnósticos aprobados medicamente y una confirmación a través de la evaluación de las escalas psicopatológicas de síntomas positivos y negativos (escala PANSS), y una evaluación neuropsiquiatría completa por medio del SCAN

Planteamiento

La esquizofrenia es una compleja enfermedad y su heterogeneidad clínica y evolutiva sigue constituyendo un desafío para psiquiatras, clínicos e investigadores, que han abordado el trastorno desde distintas dimensiones, pero desde la década de los 90, se ha mostrado un incremento en el estudio de los trastornos cognitivos en la esquizofrenia (Pardo, 2005). Por lo tanto, es una enfermedad multisistémica, probablemente, originada por una variedad de alteraciones en la estructura, fisiología y química del cerebro. Los síntomas y signos son amplios: alteraciones de percepción, pensamiento, habla y lenguaje, interacciones y comportamiento social, conducta motriz, atención, volición y pulsión, expresión emocional y sensibilidad, creatividad intelectual y capacidad de abstracción (Andreasen, 2000; Beckmann et al. 2000; Hales, et al. 2000; Weinberger y Hirsch 2004). Las características principales de un trastorno esquizofrénico, están determinados por sus criterios diagnósticos, la semiología nos muestra una variedad sintomatológica que afecta principalmente la conducta en relación a las habilidades sociales y teoría de la mente (reconocimiento de emociones, empatía, funciones ejecutivas, cognición). Estudios neurobiológicos revelan una relación interesante entre diferentes áreas cerebrales y la asociación con muchos de los síntomas característicos de la enfermedad, (Ibáñez et al., 2009). La esquizofrenia se considera como un trastorno del neurodesarrollo, que afecta principalmente estructuras fronto-temporales mediales que alteran la neurotransmisión dopaminérgica subcortical y cortical en diferentes formas consistentes con el modelo de un incremento de la dopamina en los ganglios basales y una disminución en la corteza prefrontal, la cual se relaciona con un hipofuncionamiento glutamatérgico. (Guerrero et al., 2004) La etiología de la disfunción fronto-temporal en etapas tempranas del neurodesarrollo es multifactorial y en ella intervienen factores genéticos y ambientales (por ejemplo, infección viral y desnutrición durante el segundo trimestre de la gestación y complicaciones obstétricas), que producen una migración neuronal anormal, que condiciona a su vez alteraciones morfológicas de las regiones corticales fronto-temporo-límbicas. Por otro lado, se propone que los síntomas psicóticos se pueden iniciar en la adolescencia a causa de una alteración en el desarrollo de las redes neuronales de estas regiones corticales. (Guerrero et al., 2004). Sin duda alguna, una de las características relevantes de la esquizofrenia para nuestro estudio es aquel deterioro evidente en la comprensión y reconocimiento de emociones, lo cual se relaciona estrechamente con los procesos de cognición social asociados a la empatía y teoría de la mente. Al observar las áreas afectadas por esta patología, podemos identificar que la mayoría de estas áreas como lo son el cortex-prefrontal, el sistema límbico, la corteza frontal, las áreas fronto-temporales, entre otras, son las encargadas de dominar muchos de los procesos de cognición social. La relación que hace la neurociencia entre las áreas cerebrales afectadas por la esquizofrenia y los déficits en el reconocimiento de emociones nos despiertan un interés en particular sobre la relación que esta patología podría tener con los fenómenos de la cognición social, en especial, el proceso de empatía y teoría de la mente. En esta investigación consideramos interesante el estudio de la empatía y la teoría de la mente desde la neurociencia social, la cual nos permite realizar una comparación y descripción de los procesos asociados a la empatía y teoría de la mente en los pacientes con esquizofrenia de tipo paranoide. Gracias a los avances en la neurociencia, se han podido registrar a través de tomografías cerebrales, cuales son las áreas cerebrales implicadas en el proceso de empatía y teoría de la mente y la relación que tienen con patologías de múltiples complejidades. De esta manera se han establecido a través de la observación de la actividad cerebral, activaciones del giro frontal superior izquierdo, orbitofrontal y precuneus, así como la parte medial anterior del lóbulo temporal izquierdo y el giro inferior frontal cuando los sujetos deben realizar juicios empáticos en comparación a otros tipos de razonamiento social (Farrow et al., 2001). Es así, como esta investigación parte del interés por indagar elementos de la cognición social como la empatía y teoría de la mente en la esquizofrenia tipo paranoide, pues existen algunas evidencias que muestran que estas funciones se ven alteradas. El aporte más relevante de este estudio radica en que permitirá relacionar dos variables como la empatía y la teoría de la mente en pacientes con esquizofrenia paranoide. Partiendo del hecho que esta relación es posible hacerla con muchos aspectos de la vida de los seres humanos dando resultados interesantes para estos estudios, nos resulta atractivo y curioso preguntar qué relación existe, entre el proceso de empatía y teoría de la mente como procesos sociales que todo individuo necesita para la interacción con sus pares, y la esquizofrenia que es una patología en la que hay un deterioro evidente en las relaciones sociales. Para ello pretendemos dar respuesta al siguiente planteamiento, que permitirá desarrollar nuevas líneas de investigación e intervención, para el diseño a futuro de talleres de prevención y promoción de la salud mental en poblaciones de riesgo, así como mejorar las condiciones de vida de los pacientes diagnosticados. Por esta razón se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de la empatía y teoría de la mente en pacientes con esquizofrenia de tipo paranoide?

Objetivo General

Describir, cómo se caracterizan los procesos de empatía y teoría de la mente en pacientes con esquizofrenia de tipo paranoide.

Objetivos Específicos

- Identificar diagnóstico Neuropsiquiátrico y clinimétrico para pacientes con Esquizofrenia tipo Paranoide
- Describir las características de la Empatía y Teoría de la Mente en Pacientes con Esquizofrenia Paranoide
- Comparar las características funcionales de la Empatía y Teoría de la Mente en Pacientes con Esquizofrenia tipo Paranoide
- Relacionar los procesos de Empatía y Teoría de la Mente en Pacientes con Esquizofrenia tipo Paranoide

Referente

Para el DSM-IV la esquizofrenia, es un tipo de psicosis, que consiste en una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa, como por ejemplo dos o más de los siguiente síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos. Según el DSM-IV los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Para asegurar su diagnóstico el DSM-IV se basa en los siguientes criterios: A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): (1) Ideas delirantes (2) Alucinaciones (3) Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia) (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (5) Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alergia o abulia Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas. B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral). C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales). D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual. E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica. F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito). Según los criterios diagnósticos para la esquizofrenia propuestos por el DSM-IV, se tiene en cuenta la siguiente clasificación del curso longitudinal: Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados); especificar también si: con síntomas negativos acusados. Episódico sin síntomas residuales interepisódicos Continúo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); especificar también si: con síntomas negativos acusados. Episodio único en remisión parcial; especificar también si: con síntomas negativos acusados. Episodio único en remisión total. Otro patrón o no especificado. Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa. A su vez el trastorno esquizoafectivo está comprendido por unos subtipos, que para el DSM-IV están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación. Si bien las implicaciones pronósticas y terapéuticas de los subtipos son variables, en este caso de nuestra investigación se escogió el tipo paranoide que tiende a ser el de menor gravedad. La característica principal de acuerdo al DSM-IV, para el trastorno esquizoafectivo tipo paranoide, consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad; con síntomas característicos como son las ideas delirantes en una línea de persecución, de grandeza o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática como por ejemplo celos, religiosidad o somatización. Las ideas delirantes pueden ser múltiples, pero suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El sujeto puede presentar un aire de superioridad y condescendencia y también pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad o vehemencia extrema en las interacciones interpersonales. Los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto al comportamiento suicida, y la combinación de las ideas delirantes de persecución y de grandeza con las reacciones de ira puede predisponerle a la violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. Habitualmente, estos sujetos muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicológicas y en los tests cognoscitivos. Por esta razón nos basamos en este manual estadístico (DSM-IV), porque proporciona la característica conceptual y sintomatológica, y los criterios diagnósticos, que nos permite argumentar la ecogenia de esta población para la realización de la investigación, porque algunos datos en el DSM-IV sugieren que el pronóstico para el tipo paranoide puede ser considerablemente mejor que para otros tipos de esquizofrenia por la conservación cognitiva y afectiva. De esta manera los pacientes podrán responder a la metodología que sugiere la investigación, y no habrá sesgos dentro de esta, porque estará acorde con sus capacidades. Para asegurar su diagnóstico tipo paranoide, el DSM-IV se basa en los siguientes criterios y en la codificación del curso de la esquizofrenia: A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada. Codificación del curso de la esquizofrenia en el quinto dígito: .x2 Episódico con síntomas residuales interepisódicos .x3 Episódico con síntomas residuales no interepisódicos .x0 Continuo .x4 Episodio único en remisión parcial .x5 Episodio único en remisión total .x8 Otro patrón o no especificado .x9 Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa De otro lado, la empatía es definida como una variable fundamental en el estudio de la conducta humana, y su análisis resulta de enorme interés tanto en el ámbito de la psicopatología (Letourneau, 1981) como en el estudio de la conducta prosocial (Coke, Batson y McDavis, 1978), entre otros. La capacidad humana para empatizar se ha venido estudiando desde hace mucho tiempo, y ha sido objeto de numerosas confrontaciones teóricas, comprendida como esa capacidad humana para comprender lo que le sucede a otros. Salovey y Mayer (1990) afirman que la empatía requiere la adecuada identificación de las respuestas emocionales en otras personas e implica no sólo actitudes sino también habilidades o competencias bien definidas. Dentro de las áreas anatómicas la corteza prefrontal parece la principal área implicada en el procesamiento de la empatía y la regulación del procesamiento empático: la región frontal dorsolateral estaría más especializada en la empatía cognitiva, mientras que la región orbitofrontal lo estaría en la empatía afectiva. (Decety y Jackson, 2004). Retomando el concepto de adopción desde la perspectiva cognitiva, y en lo que supone una aportación muy interesante que goza de gran popularidad en la actualidad, diversos autores han planteado que esta capacidad se sitúa en las neuronas espejo (Decety, Jackson, 2004; Sharmay-Tsoory et al., 2004; Rizzolatti, Singaglia, 2006). Esos autores plantean que las neuronas espejo permiten generar una representación de las acciones y expresiones faciales de los demás, de modo que, tras la percepción, se codifican dichas acciones o expresiones faciales, sentando las bases neurobiológicas para orientar la conducta y las relaciones interpersonales. Por tanto, las funciones de estas neuronas serían el reconocimiento y la comprensión del significado de los actos motores. Aunque se han obtenido algunos datos, los estudios son bastante recientes y aún conviene seguir realizando pruebas. A pesar de esto, se puede concluir que la ambigüedad o aparente contradicción entre los estudios puede ser un indicador de que en realidad son muchas áreas implicadas en la empatía, probablemente porque está formada por diversos componentes. La conclusión hasta el momento sería entonces que los distintos componentes de la empatía se implementarían en distintas áreas cerebrales, muchas de éstas del lóbulo prefrontal medial, aunque también en otras áreas como el lóbulo temporal, el surco temporal superior, el lóbulo parietal inferior y las estructuras límbicas (Bird, et al. 2004; Blanke, Arzy, 2005; Bunge, et al. 2002). De acuerdo con Frith y Frith (2003), la ejecución exitosa de las distintas capacidades y funciones implicadas en el fenómeno de la empatía depende de una red neural amplia en la que están implicadas distintas áreas cerebrales en las que se procesarían distintos tipos de información. Estos autores proponen también el córtex prefrontal medial como la zona central en la que se produciría la conexión o vinculación de la información cognitiva a las emociones, proceso central para experimentar empatía (Fernández Pinto, et al. 2008). La teoría de la mente tiene sus raíces en la psicología social que procura "entender y explicar cómo los pensamientos, las sensaciones, y el comportamiento del individuo es influenciado por la presencia real, o imaginaria de otros". Estudia al individuo dentro de un contexto social y cultural y se centra en cómo la gente percibe e interpreta la información que ellos u otros generan. La teoría de la mente es la capacidad de atribuirles a otras personas estados mentales. Es el hecho de darse cuenta que otras personas tienen deseos y creencias diferentes de los nuestros y que su comportamiento puede explicarse por ellos. La habilidad para reconocer la naturaleza de nuestras creencias es vital para la vida familiar y para la transmisión de la cultura. La ToM implica una red muy distribuida de sistemas cerebrales (que varían además en dependencia del tipo de tarea mentalista) que incluyen estructuras pre-frontales, la insula, el STS, y el cortex orbitofrontal (Singer, 2006). Otro aspecto de especial interés es el de las neuronas espejo estudiadas por el grupo de Rizzolatti (Rizzolatti, et al. 1996). Se ha localizado en la corteza cerebral un grupo de neuronas que tienen la facultad, desconocida hasta hace poco tiempo para una neurona, de descargar impulsos tanto cuando el sujeto observa a otro realizar un movimiento como cuando es el propio sujeto quien lo ejecuta. Estas neuronas, a las que se ha denominado "neuronas espejo" (mirrors neurons), forman parte de un sistema percepción/ejecución de modo que la simple observación de movimientos de la mano, de la boca o del pie activa las mismas regiones específicas de la corteza motora que si se estuvieran realizando esos movimientos (Blakemore, Decety, 2001), aun cuando esta activación motora no se transforme en movimiento actuado visible. Este descubrimiento es muy relevante para explicar algunos aspectos de la conducta humana como la interacción social, ya que podíamos hipotetizar que un mecanismo neural basado en neuronas espejo puede ser crucial para explicar la representación que nos hacemos de las conductas de otros y la empatía (cuando observamos a alguien emocionarse puede ser que nuestras "neuronas espejo" para la emoción se activen, lo que hace que sintamos empatía, que posiblemente se encuentre en la base de las conductas de cooperación entre miembros de un grupo). De forma resumida, podíamos establecer una ordenación de la complejidad de la ToM y de los contenidos y las estructuras cerebrales de ésta (Tirapu-Ustároz, et al. 2007). ¿Cómo se relacionan estos procesos? En su investigación sobre los marcadores neurocognitivos y neuropsicológicos procesos de empatía, cognición social, procesamiento de información y toma de decisiones en pacientes con esquizofrenia paranoide, (Seidel, et al. 2009), establece características que relacionan estos procesos y su relación con la conducta social, dentro de esta relación encontramos la localización de estas funciones, exclusivamente en el lóbulo frontal y prefrontal atribuyéndole gran importancia al papel de los lóbulos y su vínculo frente al comportamiento. Frente a esta relación (Seidel, et al. 2009 (abstract)), afirma que: Los lóbulos frontales ocupan un tercio de la corteza cerebral en el humano. Es una estructura que ha aumentado de tamaño con el desarrollo filogenético (8.5% del total de la corteza cerebral en los lemures, 11.5% en los macacos, 17% en los chimpancés, y 29% en los humanos) y es heterogénea desde el punto de vista anatómico y funcional. Experimentos en monos han demostrado que estas áreas citoarquitónicas difieren en término de sus conexiones con estructuras corticales y subcorticales. Conexiones aferentes proveen información crítica a determinadas áreas prefrontales sobre procesos perceptuales y amnésicos que ocurren en áreas corticales de asociación posterior y en estructuras subcorticales, mientras que las conexiones eferentes proveen los medios por los cuales la corteza prefrontal modela o regula ciertos procesos de información. En este caso las Funciones ejecutivas (FE) comprenden la formulación de estrategias y planes de acción acordes con la meta propuesta, la ejecución del plan, el monitoreo de la conducta, el mantenimiento del plan de acción iniciado y la flexibilidad mental para variarlo frente a contingencias del entorno (Lezak, 1982). La región prefrontal es considerada el área por excelencia del cerebro ejecutivo. Existen funciones ejecutivas asociadas a áreas específicas (ej., la memoria de trabajo ha sido asociada a la región dorsolateral prefrontal izquierda; o la toma de decisiones socioemocionales se ha asociado a la corteza ventromedial prefrontal). Sin embargo, probable que muchas veces, en funciones complejas, exista superposición de regiones. Es claro que la región prefrontal no es el único sector asociado a las funciones ejecutivas. Existen registros de pacientes con daño frontal que se desempeñan bien en tareas ejecutivas, pero mal en conducta social (Brazzelli, et al. 1994) y también pacientes prefrontales que se desempeñan bien en situaciones sociales en la vida diaria pero fracasan en tareas ejecutivas (Yechia, et al. 2008). Estos estudios muestran lo extremadamente compleja que puede ser la circuitaría ejecutiva, implicada en múltiples regiones del cerebro. Por otra parte, los lóbulos frontales mediatizan conductas que son distintivamente humanas tales como Teoría de la mente y Empatía. Estas, representan el punto crucial de integración de la información del medio ambiente, del medio interno del individuo, y de su estado emocional. La disfunción de los lóbulos frontales produce algunos de los más extravagantes síndromes observados en neuropsiquiatría. Desordenes de la cognición, del ánimo, de la motivación y del control conductual surgen en pacientes con lesiones en el lóbulo frontal. Relación entre Teoría de la Mente y Empatía: Implicancias en las patologías neuropsiquiátricas Ningún estudio ha investigado la relación entre ToM, TD y E. Una excepción es un trabajo de Torralva, et al. (2007), que comparó el desempeño de un grupo de pacientes vCFT, en una prueba de toma de decisiones - el Iowa Gambling Task - y en pruebas que evalúan cognición social ("Teoría de la Mente"). Este estudio demostró dos hallazgos importantes: a) los pacientes con disfunción frontal presentan déficits importantes en tareas de ToM y de toma de decisiones; y b) no se encontraron correlaciones entre las pruebas de ToM y las de TD. La conclusión que surge de estos datos es que, más allá de que algunos investigadores sugieren que los déficits en teoría de la mente y toma de decisiones pueden converger en las mismas áreas prefrontales, la falta de correlación entre ambos que se observó en este estudio indicaría que si bien estas funciones comparten algunas de sus bases neurales, los circuitos neurales involucrados podrían ser independientes. Los déficits en Teoría de la mente y Empatía tienen un efecto adicional en varios cuadros neuropsiquiátricos con afectación prefrontal (Buccino, Amore, 2008).

Metodología

Es una investigación de tipo cuantitativa no experimental, el cual se ajusta a un diseño descriptivo - comparativo, que nos permita describir y comparar las variables de estudio, teniendo en cuenta sus características comunes y sus manifestaciones en la conducta humana. Es un enfoque cuantitativo, porque orienta correctamente la investigación pues se pretende realizar el análisis de datos a través de herramientas estadísticas, así como la aplicación de pruebas seleccionadas previamente. La investigación de tipo Comparativo, brinda el aspecto integrador necesario para asociar variables y compararlas entre sí, con ambos grupos de estudio (grupo de pacientes vs grupo control). De igual forma el hecho de tener este grupo de comparación como es el caso del grupo control permite establecer con más claridad las diferencias existentes entre pacientes y controles (sanos) en cada uno de los niveles de las variables. La Muestra esta compuesta por 15 pacientes con esquizofrenia tipo paranoide quienes fueron elegidos y confirmados sus diagnósticos mediante la evaluación Neuropsiquiatría SCAN Parte II del Examen del Estado Actual (PSE-10) destinada a los síntomas psicóticos. Culminado ese proceso de diagnóstico neuropsiquiátrico se procedió aplicar las siguientes pruebas y paradigmas experimentales diseñados para medir las variables antes mencionadas. Primera Fase de Clinimetría y diagnóstico: • SISTEMA SCAN: denominado (Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría) constituye uno de los instrumentos más prometedores de los que dispone la Psiquiatría y Neuropsiquiatría actual y tiene como propósito proporcionar un conjunto de instrumentos para medir y clasificar los fenómenos de la psicopatología y poder hacer comparaciones. • INECO FRONTAL SCREENING: la IFS, evalúa básicamente los procesos de atención, memoria y concentración, consta de una serie de ítems que ponen a prueba la capacidad de atención de los individuos, a través de una serie de juegos con las manos, la capacidad de memorización se pone a prueba a través de el conteo regresivo de cifras numéricas específicas, palabras, los meses del año, y ubicación espacial. Y por ultimo evalúa los procesos de concentración a través de juego de palabras. Es decir es una prueba que evalúa las funciones frontales . • TEST DE RAVEN: medir el coeficiente intelectual. Se trata de un test no verbal, donde el sujeto describe piezas faltantes de una serie de láminas pre-impresas. Se pretende que el sujeto utilice habilidades perceptuales, de observación y razonamiento analógico para deducir el faltante en la matriz. Se le pide al paciente que analice la serie que se le presenta y que siguiendo la secuencia horizontal y vertical, escoja uno de los ocho trazos: el que encaje perfectamente en ambos sentidos, tanto en el horizontal como en el vertical. Casi nunca se utiliza límite de tiempo, pero dura aproximadamente 60 minutos. • ESACALA PARA EL SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS): consta de 30 ítems que evalúa el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva: Dimensional: evalúa la gravedad del síndrome positivo, del negativo y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico. Categorical: clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto. Los 30 ítems conforman las siguientes 4 escalas: Escala positiva (PANSS-P): 7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal. Escala negativa (PANSS-N): 7 ítems, evalúa los déficits respecto a un estado mental normal. Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo) Psicopatología general (PANSS-PG): 16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión, ansiedad, orientación, etc.). El tiempo aproximado de administración es de 30 a 40 minutos. • ESCALA DE EVALUACIÓN DE MONTGOMERY Y ASBERG: La MADRS es una escala heteroaplicada publicada en 1979174 que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión y obtenidos a partir de la Comprehensive Psychopathological Rating Scale. Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, se puede utilizar la información de fuentes distintas al paciente. • BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI-II): Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. La versión II hace la valoración teniendo en cuenta, del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. Segunda Fase Neurocognitiva: • EMPATHYA SHORT: este instrumento diseñado por Jean Decety obedece a su paradigma sobre la percepción del dolor. Consiste en una serie de imágenes en movimiento que le muestran al evaluando situaciones que implican agresión, violencia, alegría, y conciencia ciudadana. Este instrumento muestra la capacidad de reconocer el altruismo, la percepción del dolor y la inhibición de la agresividad, a través de unas preguntas que se realizan tras transcurrir las situaciones. • EMOTIONAL MORPHING: este instrumento mide la capacidad que tienen los individuos de reconocer las emociones de otra persona. Lo constituyen una serie de imágenes en movimiento alusivas a rostros de personas que van cambiando su gestulación, al final se debe identificar que emoción expresa la imagen. El evaluando debe seleccionar entre alegría, miedo, asco, sorpresa, ira y tristeza. • TASIT: al igual que el Emotional Morphing, este sirve para reconocer la percepción del miedo, asco, enojo, sorpresa y tristeza, que tienen los individuos frente a otros. En este paradigma, las situaciones se recrean a través de videos que recrean las situaciones anteriormente mencionadas. Los pacientes deben reconocer que emoción se transmite de acuerdo a la situación.

Resultados Esperados

Identificar cómo se manifiesta la empatía y teoría de la mente, para poder describirlos y relacionarlos y/o asociarlos en pacientes diagnosticados con esquizofrenia de tipo paranoide, partiendo de la relación que ya se ha demostrado empíricamente entre áreas cerebrales implicadas en la teoría de la mente y empatía. De esta manera el aporte sirva de soporte teórico a la academia y a la ciencia para el diagnóstico y tratamiento y prevención de la esquizofrenia en los programas y talleres de intervención. Los resultados esperados son netamente descriptivos y comparativos en cuanto a los procesos evaluados en los pacientes, frente a un grupo control.

Conclusiones

Como es una investigación en curso se espera concluir con una descripción y comparación entre las variables antes definidas, frente al grupo de pacientes vs grupo control.

Bibliografía

Abdel-Hamid M, Lehmkämer C, Sonntag C, Juckel G, Daum I, Brüne M. Theory of mind in schizophrenia: the role of clinical symptomatology and neurocognition in understanding other people's thoughts and intentions. *Psychiatry Res.* 2009; 165(1-2):19-26. Alberdi Sudupe Jesús, Castro Dono Carlos, Vázquez Ventosos (2005). Esquizofrenia. Guías Clínicas, 5-28. American Psychiatric Association. (1994). DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ed, American Psychiatric Association Washington, DC. Andreasen NC. (2000). Schizophrenia: The fundamental questions. *Brain Research Reviews.* 31: 106-112. Badgaiyan RD. Theory of mind and schizophrenia. *Conscious Cogn.* 2009; 18(1):320-2; discussion 323-4. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Anderson SW. Dissociation Of working memory from decision making within the human prefrontal cortex. *J Neurosci.* 1998; 18(1):428- 37. Beckmann H, et al. (2000): The genetic heterogeneity of "schizophrenia". *World J Biol Psychiatry.* 1(1): 35-41. Bora E, Gökçen S, Veznedaroglu B. Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2008; 160(1):23-9. Borrás L, Huguete P. Schizophrenia and pathological gambling. *Am J Addict.* 2007; 16(4):269-71. Brazzelli M, Colombo N, Della Sala S, Spinnler H. Spared and impaired cognitive abilities after bilateral frontal damage. *Cortex.* 1994; 30(1):27-51. Buccino G, Amore M. Mirror neurons and the understanding of behavioural symptoms in psychiatric disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2008; 21(3):281-5. Demtl B, Finkelmeyer A, Toygar TK, Hülsmann A, Schneider F, Falkenberg DJ, Habel U. Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2009; 108(1-3):197-206. Fernández Pinto Irene, López-Pérez Belén & Márquez María (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, vol. 24, nº 2: 284-298. Giron M, Gómez-Beneyto M. Relationship between family attitudes and social functioning in schizophrenia: a nine-month follow-up prospective study in Spain. *J Nerv Ment Dis.* 2004; 192(6):414-20. Gold JM, Waltz JA, Prentice KJ, Morris SE, Heerey EA. Reward processing in schizophrenia: a deficit in the representation of value. *Schizophr Bull.* 2008; 34(5):835-47. Guinea, N. B. (2007). Repercusiones forenses del daño en el cortex prefrontal ventromedial: relevancia de la toma de decisiones. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* , 127-145. Hales RE, et al. (2000). Tratado de Psiquiatría. DSM-IV. The American Psychiatric Press. Hurtado E, Martin M, Riveros Navarro A, Escobar J, Vergara V, Cereceda S, Pizarro I, Valdivia V, Ibanez, A. (2009). ERPs of emotional processing in schizophrenia: N170 evidence of structural processing and emotional discrimination deficits in probands and first degree relatives from multiplex schizophrenia families. *Society for Psychophysiological Research 49th Annual Meeting Berlin, Germany October 21-24, 2009.* Irani F, Platak SM, Panyavin IS, Calkins ME, Kohler C, Siegel SJ, Schachter M, Gur RE, Gur RC. Self-face recognition and theory of mind in patients with schizophrenia and first-degree relatives. *Schizophr Res.* 2006; 88(1-3):151-60. Lee KH, Brown WH, Egleston PN, Green RD, Farrow TF, Hunter MD, Parks RW, Wilkinson ID, Spence SA, Woodruff PW. A functionalmagnetic resonance imaging study of social cognition in schizophrenia during an acute episode and after recovery. *Am J Psychiatry.* 2006; 163(11):1926-33. Martino DJ, Bucay D, Butman JT, Allegri RF. Neuropsychological frontal impairments and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2007; 152(2-3):121-8. Mazza M, Di Michele V, Pollice R, Casacchia M, Roncone R. Pragmatic language and theory of mind deficits in people withschizophrenia and their relatives. *Psychopathology.* 2008; 41(4):254-63. Pardo Vicente. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 69 Nº 1:* 71-83. Shamay-Tsoory SG, Shur S, Barcai-Goodman L, Medlovich S, Harari H, Levkovitz Y. Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2007; 149(1-3):11-23. Singer T. The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: review of literature and implications for future research. *Neurosci Biobehav Rev.* 2006; 30(6):855-63. Tirapu-Ustárrroz J., Pérez-Sayes G, Erekatxo-Bilbao M., Pelegrín-Valero C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología* , 44 (8): 479-489. Weinberger DR and Hirsch SR (2004) Schizophrenia. *Editorial AstraZeneca. CNS.* Yechiam E, Kaniz JE, Bechara A, Stout JC, Busemeyer JR, Altmeyer EM, Paulsen JS. Neurocognitive deficits related to poor decision making in people behind bars. *Psychon Bull Rev.* 2008; 15(1):44-51. Yip SW, Sacco KA, George TP, Potenza MN. Risk/reward decision-making in schizophrenia: A preliminary examination of the influence of tobacco smoking and relationship to Wisconsin Card Sorting Task performance. *Schizophr Res.* 2009; 110(1-3):156-64.

Información Complementaria

Integrantes

¡Actualmente no existen integrantes para este proyecto!

Instituciones

NIT

8901025729

Institución

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARIBE