

## DEFICIENCIAS COGNITIVAS ESPECIFICAS DE ESQUIZOFRENIA: UN ESTUDIO EXPERIMENTAL

L. M. Pascual Orts  
A. Belloch Fuster

Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics. Facultat de Psicologia.  
UNIVERSITAT DE VALENCIA.

### RESUMEN

*El trastorno que conocemos como esquizofrenia se caracteriza por una amplia gama de alteraciones. Si aceptamos que el concepto de esquizofrenia es científicamente útil y válido, entonces es preciso que investiguemos su especificidad en tanto que síndrome unitario y diferente de los demás. El principal objetivo de este trabajo es examinar la presencia de deficiencias cognitivas específicas de pacientes esquizofrénicos, así como su significado e importancia en función de dos de las dimensiones diagnósticas más importantes: cronicidad y paranoia. Con este fin examinamos 56 pacientes mentales (30 esquizofrénicos, 11 paranoides, 5 depresivos y 10 dementes), de los cuales 8 estaban en fase aguda y 48 eran crónicos. Todos realizaron la tarea de flancos de Eriksen y Eriksen. Los resultados obtenidos señalan que los esquizofrénicos agudos fueron quienes mejor realizaron la tarea, mientras que los deprimidos crónicos y los paranoides (tanto crónicos como agudos), la realizaron peor.*

**Palabras claves:** Esquizofrenia; Psicopatología experimental; Déficits cognitivos y esquizofrenia; Procesamiento de la información y esquizofrenia; Anomalías cognitivas y síntomas de esquizofrenia.

## SUMMARY

*The disorder which we refer to as schizophrenia is characterized by a wide range of disturbances. If we accept the utility and the validity of the concept of schizophrenia, so we need to dilucidate their specificity as a separate and unitary syndrome. The aim of this paper has been to examine the presence of specific cognitive deficits in schizophrenic patients, as well as their meaning with reference to the two main diagnostic dimensions: chronicity and paranoia. For this purpose we examined 56 mental patients (30 schizophrenic, 11 paranoid, 5 depressive and 10 organic brain disorders patients). From them, 8 were acute patients and 48 were chronic patients. All of them performed the Eriksen's flanks test. The results shown a better performance of acute schizophrenic patients. However, chronic depressed and paranoid (chronic and acute) patients were the worse.*

**Key words:** *Schizophrenia; Experimental Psychopathology; Cognitive deficits and schizophrenia; Information processing and schizophrenia; Cognitive abnormalities and the symptoms of schizophrenia.*

## INTRODUCCION

El trastorno, o grupo de trastornos, que conocemos bajo el término "esquizofrenia", se caracteriza por una amplísima gama de alteraciones de todo tipo (comportamentales, cognitivas, sociales y biológicas), que en muchos casos son de naturaleza más bien difusa y, en otros muchos, poco específica. No es de extrañar por lo tanto, que diversos autores se hayan pronunciado en contra de la utilización del mencionado término y hayan abogado por su desaparición del lenguaje psicopatológico, al menos como constructo unitario (Bentall, 1986, 1990; Bentall, Jackson y Pilgrim, 1988a,b). Sin embargo, otros siguen defendiendo la utilidad de su uso (Wing, 1988), si bien no dejan de reconocer que, cuando menos, se trata de un trastorno de naturaleza sistémica (Claridge, 1990), posición ésta que es asumida como punto de partida por los autores de este trabajo (cfr. Belloch y Baños, 1991). Desde nuestro punto de vista, la búsqueda de déficits cognitivos específicos de la esquizofrenia, que ha experimentado un notable desarrollo en los últimos diez años, representa una vía de acceso importante para el conocimiento de esta entidad, tanto en lo que se refiere a sus mecanismos etiológicos, como a los involucrados en su mantenimiento y en su pronóstico. Pero, sobre todo, puede ser extremadamente útil para dilucidar si, verdaderamente, nos halla-

mos ante un grupo de alteraciones que poseen suficientes aspectos diferenciadores y específicos como para justificar la condición de ser un constructo unitario o si, por el contrario, su heterogeneidad es de tal envergadura, que no es oportuno seguir hablando de la *esquizofrenia* como un cuadro nosológico o entidad específica, diferente y diferenciada de otras.

Tradicionalmente el diagnóstico psiquiátrico de la esquizofrenia se ha planteado en términos de subtipos o categorías, más o menos excluyentes, definidas por la presencia y/o la dominancia de ciertos síntomas o patrones de síntomas, siguiendo y modificando la clasificación propuesta por Kraepelin. A su vez, las investigaciones experimentales, realizadas desde planteamientos conceptuales y metodológicos derivados de la psicopatología y la clínica psicológicas, han mostrado la necesidad y la conveniencia de establecer diferencias entre tales categorías, sobre la base no solo de los síntomas predominantes, sino sobre todo, del tipo de déficits específicos -cognitivos y comportamentales- que las caracterizan y que, en última instancia, explicarían la naturaleza de los síntomas observados (Baños, 1989; Belloch y Baños, 1989; Jones, Hemsley y Gray, 1992; Ruiz-Vargas, 1987). Entre esas categorías, conceptualizadas además como *dimensiones*, destacan por su relevancia en la investigación las de agudización versus cronicidad y paranoia versus no paranoia.

Este trabajo se enmarca en estos planteamientos dimensionalistas y se propone dilucidar, en primer lugar, si existen diferencias en el tipo de déficits cognitivos que presentan los pacientes esquizofrénicos según la o las dimensiones diagnósticas a las que estén adscritos y, en segundo término, si tales déficits son específicos de la esquizofrenia o si, por el contrario, aparecen también en otras entidades psicopatológicas cuya sintomatología, curso y pronóstico es radicalmente diferente, según las nosologías actuales, además de diferir en su etiopatogenia. Con respecto a la primera cuestión, tendremos en cuenta las dos dimensiones antes apuntadas: paranoia y cronicidad. Para la segunda escogeremos, además del grupo de pacientes esquizofrénicos, otros tres grupos que entran dentro de lo que se considera como psicopatologías severas: demencia, trastorno delirante paranoide y depresión mayor. En cuanto al planteamiento teórico básico, partimos de la hipótesis formulada por Hemsley (1987), quien señala que el déficit cognitivo básico de los esquizofrénicos consiste en un debilitamiento, anormal y excesivo, de la influencia que tienen las regularidades de los inputs perceptivos, previamente experimentados y almacenados en la memoria, sobre las percepciones que se producen posteriormente. Esta deficiencia básica sería sin embargo útil en aquellas circunstancias que requirieran, precisamente, no tener en cuenta las regularidades previas de cara a una ejecución eficaz. Dicho en otros términos, el esquizofrénico haría mejor tareas que exigieran examinar cada vez todos los

elementos de la misma, sin dejarse influir por el aprendizaje o la experiencia previas, lo que en terminología de la psicología cognitiva implica la utilización de un estilo de procesamiento controlado.

## METODO

### Muestra

La muestra está compuesta por 56 pacientes mentales, con una edad media de 49 13.3 años. Su estatus socio-económico es medio-bajo y su nivel educativo se corresponde con enseñanza primaria. Todos ellos proceden de la ciudad de Valencia y pueblos circundantes. En el momento del estudio, se encontraban ingresados en el Hospital Psiquiátrico "Padre Jofré" de Bétera (Valencia).

Los pacientes fueron asignados por dos psiquiatras independientes a alguno de los siguientes grupos diagnósticos, establecidos según los criterios del DSM-III-R (APA, 1987): Esquizofrenia (ESQ) (30 pacientes), Trastorno delirante paranoide (PAR) (11 pacientes), Depresión Mayor (DM) (5 pacientes), y Trastorno mental orgánico: demencia (TMO) (10 pacientes). Además, se estableció una distinción sobre la base de la dimensión de cronicidad versus agudización, teniendo en cuenta el tiempo de hospitalización (menor o mayor de 2 años). El número total de pacientes agudos fue de 8, con una edad media de 31.6 14.3 años, y el de crónicos fue de 48, siendo su edad media de 52.6 14.6. En la Tabla 1 se resumen estos datos.

TABLA 1.- Descripción de la muestra

		ESQU	PAR	DM	TMO	Total
Agudos	N	3	1	3	1	8
	Edad	21.6	20	48.3	23	31.6
	( $X \pm 1\sigma$ )	2.2	0	9.8	0	14.3
Crónicos	N	27	10	2	9	48
	Edad	54.1	46.5	69.5	51.4	52.6
	( $X \pm 1\sigma$ )	13.5	15.3	7.5	14.1	14.6
Total	N	30	11	5	10	56
	Edad	50.8	44.0	56.8	48.6	49.6
	( $X \pm 1\sigma$ )	16.1	16.5	13.7	15.9	13.3

**CODIGOS:**

<b>ESQ</b> =	Esquizofrénicos
<b>PAR</b> =	Paranoides
<b>DM</b> =	Depresión Mayor
<b>TMO</b> =	Trastorno Mental Orgánico: Demencia

Como puede verse en la tabla, los pacientes agudos son bastante más jóvenes que los crónicos, lo que en cierto modo avala la fiabilidad del diagnóstico en esta dimensión. En el momento del estudio, ningún paciente estaba recibiendo terapia electro-convulsiva; asimismo, ninguno tenía una historia de daño cerebral, con la lógica excepción del grupo de pacientes con trastorno mental orgánico. Asimismo, ninguno de los pacientes tenía una historia previa de abuso de drogas o de alcohol. Todos estaban recibiendo medicación, hecho que no fue controlado por los autores por razones éticas. Finalmente, ninguno de los pacientes admitidos al estudio, presentaba dificultades de lectura, visuales, o de lateralización (no distinguir entre izquierda y derecha). La participación en el estudio fue voluntaria y se realizó siempre por el mismo experimentador (el primer autor), entre las 10 y las 12 horas de la mañana en uno de los despachos de consulta del Hospital, alejado de las habitaciones de los pacientes, y con buena iluminación natural.

**FIGURA 1. Tarea de flancos de "Eriksen" modificada (Miller, 1987).**

- A Estímulo central -----> Levanta la mano derecha  
 B Estímulo central -----> Levanta la mano izquierda

88 ensayos en total

XAX 40 \_\_\_\_\_ Ensayos con flancos habituales  
 YBY 40 \_\_\_\_\_ (indicios válidos)

XBX 4 \_\_\_\_\_ Ensayos con flancos cambiados  
 YAY 4 \_\_\_\_\_ (indicios distractores)

## Pruebas

La tarea experimental se basa en la versión simplificada de Miller (1987) de la tarea de flancos de Eriksen (Eriksen & Eriksen, 1974), y ha sido utilizada con esquizofrénicos por el grupo de Hemsley (Jones, Hemsley y Gray, 1992). La tarea consiste en la presentación repetida de series de una de las letras A o B, que aparecen flanqueadas por dos X, en el caso de que se presente la A, o por dos Y, en el caso de que aparezca la B. Se realizan cuarenta presentaciones para cada una de las dos letras-estímulo (flancos habituales o indicios válidos) y cuatro con los flancos cambiados o indicios distractores (ver figura 1). La tarea del sujeto consiste en decir cuál es la letra que aparece en el centro, A o B y el experimentador registra el tiempo que tarda en decidir y la respuesta que da.

## Procedimiento

Tanto las 80 series de XAX y de YBY (condición de flancos habituales), como las 8 de YAY y XBX (condición de flancos cambiados) fueron previamente aleatorizadas en cuanto a su orden de aparición, manteniendo el mismo orden para todos los sujetos, y teniendo en cuenta que los flancos habituales debían haber aparecido al menos 20 veces antes de la primera exposición de flancos distractores. Al sujeto se le pedía que dijera tan rápidamente como pudiera, cuál era la letra que aparecía en el medio (A o B), sin hacer caso de las que aparecieran an ambos lados. Cuando aparecía la letra A debía levantar la mano derecha mientras que cuando aparecía la B debía levantar la izquierda.

Para cercionarnos de que el sujeto había comprendido las instrucciones, se le sometía a 10 ensayos de prueba con un tiempo fijo de exposición de 50 mseg. Estos ensayos no fueron contabilizados en los resultados. En el caso de que no fuera posible realizar la prueba correctamente, se detenía el experimento y no se contabilizaba a ese sujeto. En el caso de que superara el ensayo, se comenzaba la tarea experimental propiamente dicha, con un tiempo inicial de exposición de 50 mseg. (igual al del ensayo de prueba), que se incrementaba o se disminuía en función del tiempo requerido para la respuesta.

## Instrumentos

Para la presentación de los estímulos se utilizó un taquitoscopio que permitía controlar la duración de presentación de los estímulos en milisegundos x1, x10, x100, y x1000. Los estímulos utilizados fueron letras mayúsculas

de 4 mm. de alto por 5 mm. de ancho, separadas entre ellas por 1 mm. Todos los estímulos se presentaron en el centro de la pantalla.

## Medidas

Se utilizaron dos medidas, consideradas como variables dependientes: en primer lugar el tiempo de percepción (TP), entendido como el tiempo en milisegundos que necesitaba el sujeto en percibir el estímulo claramente a través del taquitoscopio. Hay que tener en cuenta que el TP resulta distinto del tiempo de reacción (TR) empleado en otros experimentos y que valora el tiempo que transcurre desde que el sujeto percibe el estímulo hasta que responde (por ejemplo, pulsando un botón). La precariedad de nuestra instrumentación hace imposible estimar adecuadamente el TR, razón por la cual tuvimos que escoger el TP que es más tosco pero, en principio, igualmente útil para nuestros propósitos. La segunda medida registrada fue la calidad de ejecución, conceptualizada en términos de aciertos y errores.

## RESULTADOS

### Análisis de la variable dependiente "tiempo de percepción" (TP)

Los datos fueron analizados, en primer lugar, mediante un análisis de varianza múltiple ( $4 \times 2 \times 2$ ) para medidas repetidas con un diseño mixto. En el análisis se incluyeron las cuatro categorías diagnósticas, la dimensión agudo/crónico, y las dos condiciones experimentales. En la Tabla 2 se muestran los resultados de este análisis.

Como puede observarse, ninguno de los valores de F es estadísticamente significativo, si bien cabe destacar en primer lugar el incremento del TP en la condición de flancos distractores ( $F_{1,48} = 3.26, p < 0.10$ ) frente a la de flancos habituales, excepto en esquizofrénicos, paranoides y depresivos agudos, así como en los crónicos de este último grupo diagnóstico (veáanse las figuras 2 y 3). Y en segundo término, el hecho de que el TP fuera menor en los sujetos agudos que en los crónicos independientemente de la condición experimental ( $F_{1,48} = 2.51, p < 0.1$ ), tal y como se muestra en la figura 4.

En consecuencia, y por lo que respecta al TP, la única característica relevante que discrimina entre los sujetos estudiados parece ser el tiempo de hospitalización, es decir, lo que se ha conceptualizado en términos de dimensión agudo-crónico, si bien hay que recordar que estos resultados no alcanzan niveles de significación estadística.

**TABLA 2.- Análisis de varianza de medidas repetidas para la variable TIEMPO DE PERCEPCION**

FV	SC	GL	MC	F	P
ENTRE	1,6645735E	55			
A	1386790	3	4622930	1,5332	
B	7568049,6	1	7568049	2,51	p < 0.1
A x B	298462,7	3	99487	0,0329	
S/ A x B	144722050	48	3015042		
INTRA	1472444979	36			
C	765190,23	1	765190	3,2644	p < 0.1
A x C	996033,14	3	332011	1,4164	
B x C	159522,48	1	159522	0,6805	
A x B x C	1552964,1	3	517654	2,2084	
S x C / A x B	11251269	48	23440		
TOTAL	1,8118233E	111			

(A= Diagnóstico, B= Dimensión, C= Condición Experimental)

**FIGURA 2. Tiempo de percepción según el diagnóstico, en pacientes agudos.**

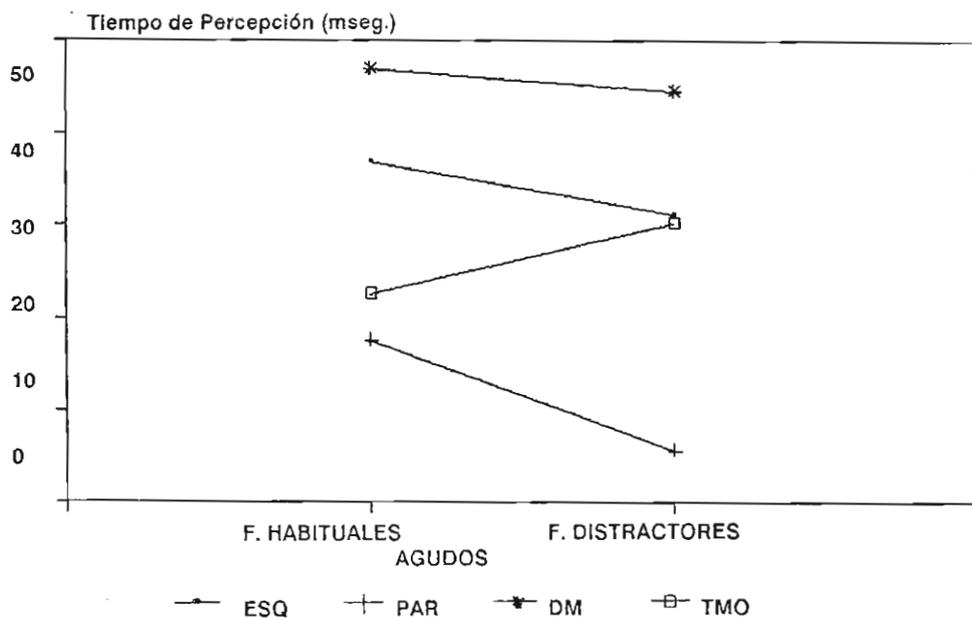
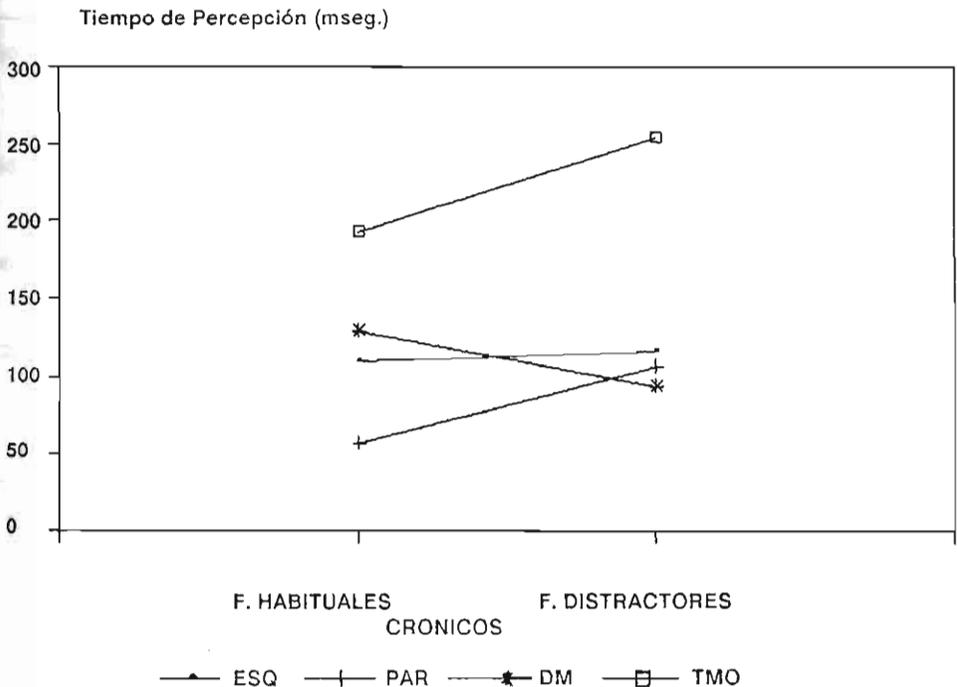


FIGURA 3. Tiempo de percepción según el diagnóstico, en pacientes crónicos.



### Análisis de la variable dependiente "ejecución"

De nuevo aquí aplicamos un análisis de varianza múltiple ( $4 \times 2 \times 2$ ) para medidas repetidas, con un diseño mixto. Como en el caso anterior, en el análisis se incluyeron las cuatro categorías diagnósticas, la dimensión agudo/crónico, y las dos condiciones experimentales. En la Tabla 3 se muestran los resultados de este análisis.

Los resultados más significativos son los que se refieren a la condición experimental de flancos distractores ( $F_{1,48} = 80.29, p < 0.01$ ), en la que los sujetos cometen más errores que en la de flancos habituales. Asimismo, se evidencian ejecuciones diferentes en dicha condición experimental dependiendo del diagnóstico ( $F_{3,48} = 12.005, p < 0.01$ ), en el sentido que muestra la figura 5.

FIGURA 4. Tiempo de percepción según la dimensión agudo-crónico.

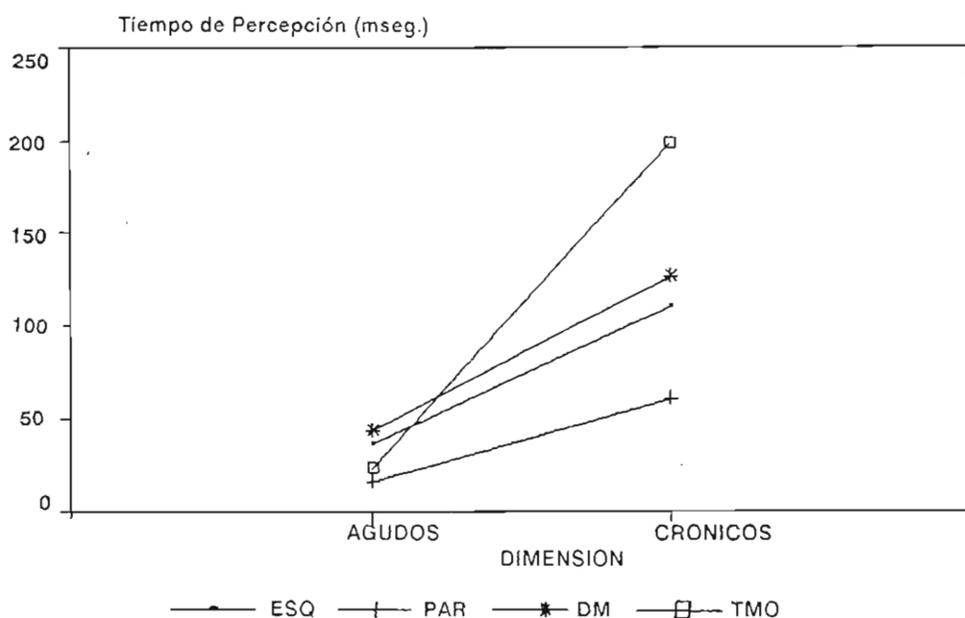


TABLA 3.- Análisis de varianza de medidas repetidas para la variable EJECUCION

FV	SC	GL	MC	F	P
ENTRE	165,25	55			
A	5,16	3	1,72	0,5727	
B	3,21	1	3,21	1,0698	
A x B	12,74	3	4,24	1,4119	
S/ A x B	144,14	48	3		
INTRA	46,62	36			
C	11,57	1	11,57	80,2914	p<0.01
A x C	5,2	3	1,73	12,0055	p<0.01
B x C	0,01	1	0,01	0,1318	
A x B x C	22,91	3	7,63	52,9493	p<0.01
S x C/ A x B	6,92	48	0,14		
TOTAL	211,87	111			

(A= Diagnóstico, B= Dimensión, C= Condición Experimental)

FIGURA 5. Porcentaje de ejecución según el grupo diagnóstico

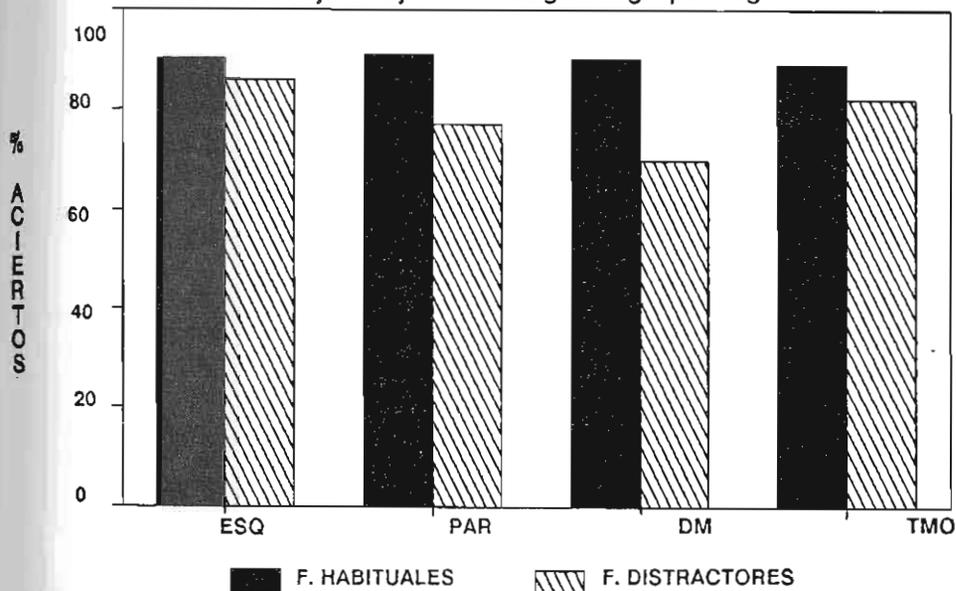
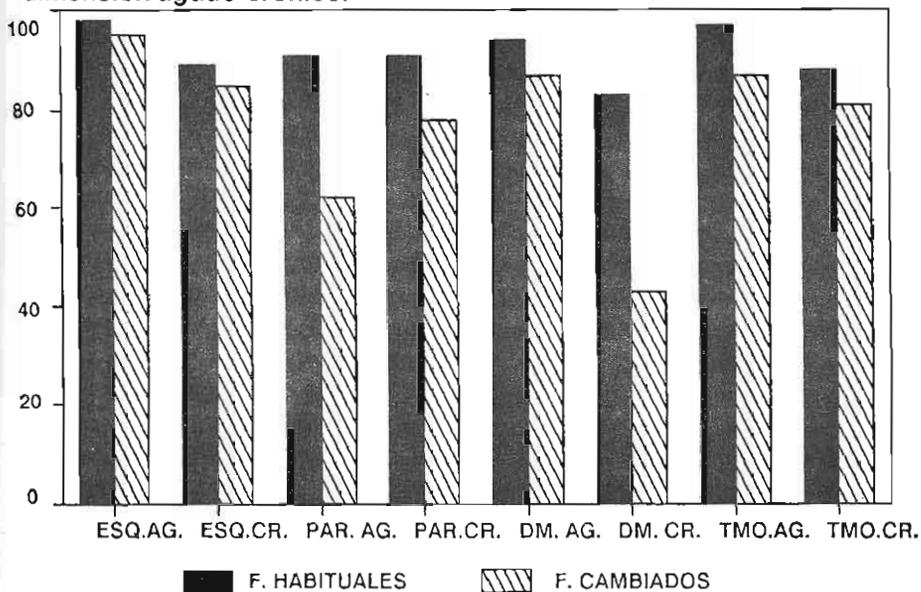


FIGURA 6. Porcentaje de ejecución según el grupo diagnóstico y la dimensión agudo-crónico.



Como puede observarse, los pacientes esquizofrénicos cometen menos errores y su media de ejecución varía poco aun a pesar de cambiar de flancos, mientras que los paranoides y los depresivos muestran un efecto importante en su medida de ejecución al enfrentarse a flancos distractores, ya que cometen más errores que cuando se enfrentan a los flancos habituales. En cuanto a los pacientes con demencia, presentan menor diferencia en su calidad de ejecución, si bien también presentan una tendencia a realizar peor la tarea cuando se enfrentan a los flancos distractores.

Por último, la interacción entre las tres variables (categoría diagnóstica, dimensión agudo-crónico, y condición experimental) resultó ser también significativa ( $F_{3,48} = 52.94, p < 0.01$ ), debido a la ejecución diferente de los grupos en los dos tipos de condiciones experimentales: el grupo de los sujetos esquizofrénicos agudos muestra un alto porcentaje de aciertos, tanto con los flancos habituales como con los distractores, mientras que los grupos de paranoides agudos y depresivos crónicos cometen más errores cuando se cambian los flancos. En la figura 6 se representan gráficamente estos resultados.

Como quiera que se detectaron algunas diferencias interesantes en esta variable, a diferencia de lo que sucedía con la variable TP, realizamos una serie de análisis post-hoc, utilizando para ello la prueba de Tukey, a fin de asegurar la dirección de las diferencias detectadas con el análisis de varianza. En primer término realizamos comparaciones entre los diferentes grupos diagnósticos y su pertenencia a la dimensión agudo crónico, con respecto a ejecución en la condición de flancos cambiados. Encontramos que el rendimiento de los esquizofrénicos crónicos fue significativamente mejor que el de los otros tres grupos de pacientes crónicos, siendo los deprimidos los que peor realizaron la tarea ( $p < .001$ ) (véase de nuevo la figura 6). Por lo que respecta a los agudos, de nuevo fueron los esquizofrénicos quienes mejor realizaron la tarea, siendo en este caso los paranoides agudos los que más errores cometieron ( $p < 0.001$ ). Dado que en el análisis de varianza entre grupos encontramos importantes diferencias en la condición de flancos cambiados, realizamos también comparaciones post-hoc entre dichos grupos diagnósticos, obviando en este caso su pertenencia o no a la dimensión de cronicidad. Paranoides y deprimidos realizaron significativamente peor la tarea que esquizofrénicos y dementes ( $p < 0.01$  en todo los casos), mientras que entre estos dos últimos grupos no hubo diferencias (ver las figuras 5 y 6).

Por lo que se refiere a las comparaciones de ejecución con flancos habituales entre los cuatro grupos diagnósticos, no se detectaron diferencias, tal y como se observa en la figura 5. Tampoco observamos diferencias cuando estas mismas comparaciones se realizaron teniendo en cuenta además la dimensión de cronicidad (ver figura 6).

En cuanto a las diferencias de ejecución entre flancos habituales y distractores intra-grupos diagnósticos más dimensión de cronicidad, hallamos diferencias significativas en los grupos de deprimidos crónicos y paranoides agudos, ya que ambos cometieron significativamente más errores con los flancos distractores que con los habituales ( $p < 0.001$ ) (ver figura 6). Estas mismas diferencias se mantienen cuando no se tiene en cuenta la dimensión de cronicidad y, por tanto, las comparaciones intra grupo se realizan tomando solo en consideración el grupo diagnóstico ( $p < 0.001$ ). En esquizofrénicos y dementes la ejecución no empeoró de forma significativa cuando aparecían los flancos distractores (véase la figura 5).

En definitiva, los esquizofrénicos agudos fueron los que mejor realizaron la tarea, seguidos por los dementes agudos y los deprimidos agudos. Y quienes peor la realizaron, en primer lugar los deprimidos crónicos seguidos por los paranoides agudos y después por los paranoides crónicos.

## DISCUSION

La ausencia de resultados significativos en la variable tiempo de percepción puede deberse, como ya indicamos antes, a problemas inherentes a la variable en sí y, sobre todo, al hecho de que proporciona una información grosera del tiempo que necesita una persona para decidir sobre la respuesta que debe dar. Pese a ello, y como queda reflejado en la figura 4, los resultados van en la dirección que preveíamos ya que, según la literatura al respecto, los pacientes crónicos incrementan su tiempo de percepción ante los indicios distractores, mientras que en los agudos disminuye (Baruch, Hemsley y Gray, 1988; Eriksen y Eriksen, 1974; Jones, Hemsley y Gray, 1992; Miller, 1987; Rund, 1988). Sin embargo, cuando examinamos esta variable no solo en función de la dimensión de cronicidad, sino además teniendo en cuenta el grupo o categoría diagnóstica, nos hallamos frente a dos resultados paradójicos: los dementes agudos incrementan su tiempo de percepción ante los indicios inválidos y los deprimidos crónicos lo disminuyen, contrariamente a lo esperado, tal y como se puede observar en las figuras 2 y 3. De todos modos pensamos que estos resultados hay que considerarlos como extremadamente tentativos, dado el escasísimo número de sujetos en ambos grupos ( 2 deprimidos crónicos y sólo un demente agudo).

Por lo que respecta a la cuestión de si el incremento del TP para los estímulos distractores, constituye un patrón de respuesta específico de la esquizofrenia, la respuesta es claramente negativa, ya que nuestros resultados, aunque no sean estadísticamente significativos, indican que ese patrón

se produce también en dementes, tanto crónicos como agudos, así como en paranoides crónicos. Esta cuestión nos lleva además a otro aspecto importante, que no siempre se contempla en la investigación: la necesidad de tener en cuenta dimensiones como la cronicidad a la hora de establecer grupos criterio en la investigación básica y, paralelamente, dejar de considerar a los grupos o entidades diagnósticas como homogéneos, sobre todo cuando las variables dependientes que se quieren analizar tienen que ver con la temporalidad, es decir, el tiempo requerido para procesar una información determinada (ya sea TP, TR o latencia de respuesta). De hecho, en el análisis de varianza que realizamos, las diferencias, aun no siendo significativas, se producían precisamente al tener en cuenta la dimensión agudo crónico, y no las categorías diagnósticas. Nuestros pacientes agudos realizaron la tarea muy poco tiempo después de su ingreso en el hospital y antes de haber recibido medicación neuroléptica. Si tenemos en cuenta la hipótesis de la dopamina en la etiología de la esquizofrenia, y probablemente también en la de otros trastornos, habría que admitir que los pacientes agudos se hallaban en un estado de hiperactivación dopaminérgica, y que es ese estado el que influye en su procesamiento atencional, tal y como éste es evaluado mediante el tiempo de percepción. La hiperactivación remite a medida que se instaura un tratamiento con neurolépticos y, como consecuencia, mejora la capacidad atencional. El paciente ha pasado su fase aguda y su tiempo de percepción se normaliza porque ha mejorado su capacidad para atender a los cambios ambientales. Por lo tanto, el incremento del TP en los pacientes crónicos, estaría tal vez relacionado con el decremento y/o la normalización de la actividad dopaminérgica y ello explicaría las diferencias entre pacientes agudos y crónicos en esta variable (Baker et al., 1987; Baruch, Hemsley y Gray, 1988; Schmajuk, 1987).

En cuanto a la segunda variable dependiente, es decir la ejecución, los resultados son bastante más claros y satisfactorios y, en general, concuerdan con los obtenidos por otros autores y especialmente con el modelo de Hemsley (1987). Los esquizofrénicos, tanto crónicos como agudos, realizaron mejor la tarea que el resto de grupos y dimensiones diagnósticas, y ello no porque cometieran menos errores cuando cambiaban los flancos (lo que, de hecho, sucedió con los esquizofrénicos agudos, que son los que mayor porcentaje de aciertos alcanzaron), sino sobre todo su calidad de ejecución apenas se alteró, a pesar de variar la condición experimental. Dicho en otros términos, lograban prácticamente el mismo número de aciertos tanto con los flancos habituales como con los distractores. Sin embargo, los otros tres grupos realizaron peor la tarea cuando aparecían los flancos distractores. Por lo tanto, parece que hemos obtenido apoyo para el

supuesto de que los esquizofrénicos no tienen en cuenta el aprendizaje previo, o las regularidades previamente experimentadas y almacenadas en su memoria, a la hora de decidir sobre un nuevo input perceptivo. Su incapacidad para procesar correctamente las covariaciones entre los estímulos (que en la tarea experimental eran las letras-objetivo y sus flancos habituales), se ha tornado en beneficiosa a la hora de realizar adecuadamente la tarea propuesta. Este resultado refuerza algunas de las hipótesis más interesantes que se han venido formulando recientemente desde la psicopatología cognitiva. Por ejemplo, y como señalamos al principio, Hemsley (1987, 1990) plantea que el déficit básico y específico de la esquizofrenia, consiste en un fracaso para organizar la redundancia estimular en patrones o configuraciones estables, de manera que se reduzcan las demandas de procesamiento. Por su parte Cutting (1985) habla de que los esquizofrénicos se concentran en los detalles en detrimento del tema, mientras que Knight (1984) afirma que estos pacientes presentan deficiencias en la formación de esquemas perceptivos o en el procesamiento automático, y por último, Maher (1983) plantea que los esquizofrénicos fracasan en responder a la redundancia estimular.

Par a terminar, queremos resaltar que la mayor parte de los trabajos que se publican desde estas perspectivas, escogen a lo sumo un grupo de pacientes mentales, diferente del de esquizofrénicos, para realizar las oportunas comparaciones. Y en otros muchos, los grupos de comparación están compuestos por sujetos mentalmente sanos. Nos ha parecido importante incluir varios grupos de pacientes mentales, cuyas anomalías son tan incapacitantes o más que las que presentan los esquizofrénicos, porque pensamos que la búsqueda de déficits específicos de una psicopatología como la esquizofrenia, y las respuestas a la intrincada cuestión de su homogeneidad, conllevan casi necesariamente la inclusión de diferentes categorías y grupos diagnósticos. Somos conscientes de las complicaciones metodológicas y conceptuales que esta inclusión añade al estudio que hemos presentado, del mismo modo que lo somos de la escasez de sujetos en algunas de las "celdillas". Por lo tanto, somos cautos a la hora de hacer generalizaciones, si bien pensamos que nuestros resultados obtenidos con la variable ejecución muestran que probablemente nos hallamos frente a un modo de actuar que es específico de los pacientes esquizofrénicos. En cuanto a la cuestión de si tal ejecución diferencial, es suficiente o no para justificar la consideración de la esquizofrenia como una entidad unitaria, creemos que se trata de una pregunta demasiado compleja como para ser resuelta con un estudio de este tipo pero, al mismo tiempo, nos parece que son precisamente los estudios de este tipo los que permitirán que nos vayamos acercando, sin prisas pero sin pausas, a su resolución.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): **Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R)**. Barcelona: Masson.
- BAKER, N.; ADLER, L.E.; FRANKS, R.D.; WALDO, M.; BERRY, S.; NAGAMATO, H.; MUCKLE, A. y FREEDMAN, R. (1987): Neurophysiological assessment of sensory gating in psychiatric inpatients: comparison between schizophrenia and other diagnoses. *Biological Psychiatry*, 22, 603-617.
- BAÑOS, R.M. (1989): **Esquizofrenia: la contribución de la psicopatología experimental**. Valencia: Promolibro.
- BARUCH, I.; HEMSLEY, D.R. y GRAY, J.A. (1988): Differential performance of acute and chronic schizophrenics in a latent inhibition task. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 598-606.
- BELLOCH, A. y BAÑOS, R.M. (1989): En torno al concepto de esquizofrenia y su diagnóstico o "la vuelta al día en ochenta mundos". *Boletín de Psicología*, 7, 25, 7-33.
- BELLOCH, A. y BAÑOS, R.M. (1991): Psicopatología de la esquizofrenia. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds). **Manual de Psicopatología**. Valencia: Promolibro. Colecc. Psicología Teórica.
- BENTALL, R.P. (1986): The scientific validity of the schizophrenia diagnosis: a critical evaluation. En N. Eisenberg y D. Glasgow (Eds). **Current Issues in Clinical Psychology**. Vol. 5. Aldershot: Gower.
- BENTALL, R.P. (1990): The syndromes and symptoms of Psychosis. En R.P. Bentall (Ed). **Reconstructing Schizophrenia**. Londres: Routledge.
- BENTALL, R.P.; JACKSON, H.F. y PILGRIM, D. (1988a): Abandoning arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 303-324.
- BENTALL, R.P.; JACKSON, H.F. y PILGRIM, D. (1988b): The concept of schizophrenia is dead: long live to the concept of schizophrenia?. *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 329-331.
- CLARIDGE, G.S. (1990): Can a disease model of schizophrenia survive?. En R.P. Bentall (Ed). **Reconstructing Schizophrenia**. Londres: Routledge.
- CUTTING, J. (1985): **The Psychology of Schizophrenia**. Londres: Churchill Livingstone.
- ERIKSEN, B.A. y ERIKSEN, C.W. (1974): Effects of noise letters upon the identification of a target letter in a nonsearch task. *Perception and Psychophysics*, 16: 143-149.
- HEMSLEY, D. (1987): An experimental psychological model for schizophrenia. En H. Häfner, W.F. Gattaz y W. Janzarik, W. (Eds). **Search for the causes of schizophrenia**. Heidelberg: Springer Verlag.
- HEMSLEY, D. (1990): What have cognitive deficits to do with schizophrenia?. 8th "Welsse-nauer" **Schizophrenia Symposium**. Bonn, Marzo, 1990 (comunicación).
- JONES, S.; HEMSLEY, D. y GRAY, J.A. (1992): An investigation into the failure of acute schizophrenics to inhibit responses in the presence of invalid cues. *Journal of Nervous and Mental Disease* (en prensa).
- KNIGHT, R.A. (1984): Converging models of cognitive deficit in schizophrenia. En W.D. Spaulding y J.K. Cole (Eds.) **Theories of Schizophrenia and Psychosis**. Londres: University of Nebraska Press.
- MAHER, B.A. (1983): A tentative theory of schizophrenic utterance. En B.A. Maher y W.B. Maher (Eds.). **Progress in experimental personality research**, Vol. 12. Londres: Academic Press.
- MILLER, J. (1987): Priming is not necessary for selective-attention failures: Semantic effects of unattended, unprimed letters. *Perception and Psychophysics*, 41: 419-434.

- RUIZ-VARGAS, J.M. (Dir) (1987): *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo* . Madrid: Alianza Editorial.
- RUND, B.R. (1988): Verbal hallucinations and information processing. *Behavioral and Brain Sciences*, 9: 531-532.
- SCHMAJUK, N.A. (1987): Animal models for schizophrenia: the hippocampally lesioned animals. *Physiological Psychology*, 12, 166-183.
- WING, J.K. (1988): Abandoning what?. *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 325-328.