Evaluación del deterioro cognitivo de un paciente con Trastorno Mental Severo

Lucia Pérez Golarons[a], Cristina Macias Castellví[a], Elena Belmonte Padilla[o], Carlos Cedrón Castro[o] y Anna Massó Rodríguez[o]
[a]Unitat de Subaguts. INAD- Parc de Salut Mar. Contacto: 61751@parcdesalutmar.cat, 690.11.45.46.
[o]INAD- Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducción

El rendimiento cognitivo en las personas que padecen esquizofrenia ha sido ampliamente estudiado por la comunidad científica. Se ha confirmado la presencia de déficits y de un deterioro generalizado del rendimiento cognitivo de estos pacientes. Se sabe, además, que algunas de dichas alteraciones en el funcionamiento cognitivo están también presentes incluso antes del inicio de la enfermedad, y que es más grave en los pacientes que padecen un debut más temprano de la patología [1,3].
Aunque los datos obtenidos muestran una elevada heterogeneidad en el funcionamiento cognitivo de estos pacientes [1,2,3], comúnmente se han descrito alteraciones en las funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, atención, velocidad de procesamiento (VP) y eficiencia cognitiva, siendo los más pronunciados la VP y memoria episódica [1,3].
Otra gran característica de estos pacientes es la falta de insight (conciencia de enfermedad). Ésta se ha relacionado con los déficits neurocognitivos presentes en estos pacientes. Se sugieren las alteraciones en la corteza prefrontal, sobre todo, las regiones encargadas de las funciones ejecutivas, como posible sustrato de la falta de insight [4].

Objetivo

Presentar un caso clínico, en que se enfatiza la importancia de la evaluación neurocognitiva y su correlación con el nivel de conciencia de enfermedad en pacientes con Trastorno Mental Severo.

Método

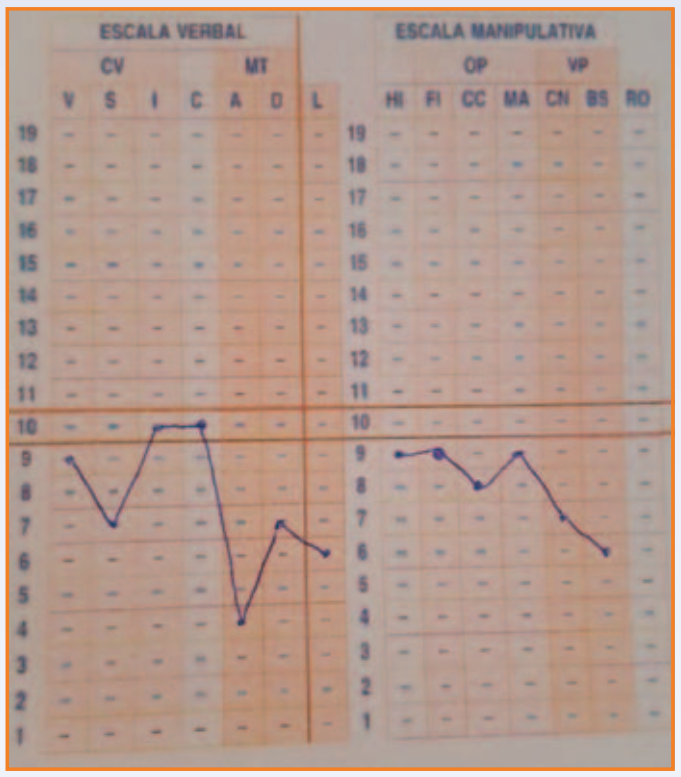
La metodología consiste en un estudio de caso clínico.
Varón de 44 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide en el 2008, con consumo abusivo de alcohol concomitante que ingresa en la Unidad de Subagudos para participar en el programa de Rehabilitación Psicosocial. Seguimiento psiquiátrico en el Centro de Salud Mental desde 2008, con vinculación irregular. Al momento del ingreso destaca: aislamiento, apato-abulia, rendimiento cognitivo deficitario, baja conciencia de enfermedad y baja adherencia al tratamiento.
Se lleva a cabo una Evaluación neuropsicológica mediante la administración de los siguientes test: WAIS-III, WSCT, Figura de Rey, RAVLT, Trail Making Test (A y B), Test FAS.

Resultados

Tabla 1. Resultados Exploración Neurospicológica

Test	Puntuación	Interpretación
WAIS-III	**CITotal:** 84 **CIVerbal:** 84 **CIManipulativo:** 88	CI total normal-bajo. Perfil de rendimiento poco uniforme. Destacan dificultades en: memoria trabajo, razonamiento numérico, capacidad de atención y concentración. Lentitud debida a una baja velocidad de procesamiento. Dificultades en razonamiento abstracto y organización perceptual.
WSCT	**Nº de categorías adquiridas:** 1 de 6 **Errores:** comete gran número de errores de tipo perseverativo y no perseverativo.	Elevada rigidez cognitiva, tendencia a la perseveración, no influencia del feedback verbal, dificultad en la formación de categorías y en la SP.
Figura compleja de Rey	**Copia:** Tipo I y Tipo II. PD: 32 Pc: 70. **Tiempo:** 3s Pc: 50 **Reproducción inmediata:** PD: 16, Pc: 20, tiempo: 2' **Reproducción diferida:** Pd: 9 Pc: < 1	Dificultades en la planificación de la copia (yuxtaposición de detalles y falta de un elemento directos) y pobreza del recuerdo visual.
Test Auditivo Verbal de Rey (RAVLT)	**Memoria de trabajo:** 4/7/7/8/8 **Interferencia:** 2 **Recuerdo c/p:** 7 **Reconocimiento:** 9	Dificultades para adquirir y retener información nueva. Dificultades en la memoria de trabajo, memoria a corto y largo plazo y en el reconocimiento. Faltan estrategias mnémicas.
Trail Making Test	**Parte A:** Pc < 1; Errores por omisión **Parte B:** Pc < 1; Errores perseverativos	Alteraciones viso-espaciales, alteración en la atención sostenida y dividida, escasa flexibilidad mental.
Test FAS	**F**= 6; **A**= 3; **S**= 7 **Animales:** 8 **Frutas y verduras:** 10 **Nombres:** 7	Dificultad en el proceso de acceso al léxico, baja fluencia verbal, alteración procesos inhibición.
SUMD	1.- Conciencia **trastorno:** 4 2.- Conciencia efectos **medicación:** 3 3.- Conciencia consec. **sociales:** 2 **Total: 9**	Baja conciencia de enfermedad y de sus implicaciones. La mayor conciencia hace referencia a las consecuencias sociales del trastorno.

Imagen 1. Perfil subtest WAIS-III



El análisis de las puntuaciones muestra un deterioro de las funciones cognitivas, entre las que destacan las funciones ejecutivas, funciones mnésicas y capacidad de aprendizaje, así como la velocidad de procesamiento. Estos resultados concuerdan con la evidencia científica disponible, y explican en parte, la dificultad para desarrollar y mantener la conciencia de enfermedad.

Conclusiones

El rendimiento cognitivo objetivado en el paciente, es explicable dentro del contexto de su Trastorno Mental Severo y, sugiere un deterioro respecto al nivel premórbido. Dichos déficits cognitivos tienen un impacto en el estado clínico y funcional del paciente, por lo que es esencial su detección y posterior tratamiento. La mejora en dichos déficits, y, en consecuencia, el aumento de la conciencia de enfermedad, supondrá una mayor adherencia al tratamiento y una mejora en la calidad de vida.

Bibliografía

1. Bortolato, B., Kamilla W. M., Köhler, C. A., Vieta, E. & Carvalho, A. F. (2015). Cognitive dysfunction in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review of meta-analyses. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 3111–3125.
2. Gricel Orellana, G. & Slachevsky, A. (2013). Executive functioning in schizophrenia. *Frontiers in psychiatry, 4* (35), 1-15.
3. Mario Fioravanti, M., Bianchi, V. & Cinti, M. E. (2012). Cognitive deficits in schizophrenia: an updated metanalysis of the scientific evidence. *BMC Psychiatry, 12*(64), 1-20.
4. Joseph, B., Narayanaswamy, J. C., & Venkatasubramanian, G. (2015). Insight in Schizophrenia: Relationship to Positive, Negative and Neurocognitive Dimensions. *Indian J Psychol Med, 37* (1), 5-11.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addicions
Parc de Salut MAR Barcelona