

REPORTE DE CASO / BRIEF REPORT

DETERIORO INTELECTUAL Y COGNITIVO: REFLEXIONES EN TORNO A UN CASO DE ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA

INTELLECTUAL AND COGNITIVE IMPAIRMENT: REFLECTIONS ON A CASE OF SCHIZOPHRENIA DISORGANIZED

Franco Martín, M.^{*†}; Rodríguez-Pereira, C. ^{*}; Soto-Pérez, F. [†]; Porto Payán, J. M. [†]; Tobón Arbeláez, C. [†]; Jacotte Simancas, A. [†] & de Vena, V. [†]

Resumen

Se presenta un caso de esquizofrenia desorganizada en el que se observa un pronunciado deterioro cognitivo y particularmente intelectual. La reflexión de los antecedentes, así como la contrastación de los resultados cuantitativos con la observación diaria y cualitativa, conducen a profundizar respecto a la necesidad de considerar tanto los elementos neuropsicológicos como psicopatológicos en la interpretación de los resultados de pruebas de evaluación psicológica. Más aún, en patologías en donde el límite y la relación entre los elementos psicopatológicos y neuropsicológicos no están claros. Es por ello que se hace hincapié en la valoración de la persona como un todo y no su desmembramiento en partes.

Palabras claves: esquizofrenia – deterioro cognitivo – deterioro Intelectual – evaluación neuropsicológica – caso clínico.

Abstract

We report a case of schizophrenia disorganized in which there is a pronounced cognitive impairment and particularly intellectually deterioration. The reflection of the background, as well as the monitoring of the quantitative results with the observation qualitative and daily, leading to deepen respect to the need of consider both neuropsychological elements and psychopathological in the interpretations of the results of psychological tests. Moreover in pathologies where the limits and the relationship between the psychopathology and neuropsychology not clear. That is why the emphasis is on the valuation of the individual as a whole and not its dismemberment in parts.

Keywords: schizophrenia – cognitive Impairment – intellectual deterioration – neuropsychological evaluation- clinic case.

*Servicio de Psiquiatría de Zamora, España.

† Fundación Intras, Valladolid, España. Contacto: carolinerp23@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia, siguiendo a Kraepelin, ha sido definida como una "demencia precoz" por considerar que la enfermedad cursaba con un progresivo deterioro de las funciones cognitivas. Sin embargo, Bleuler definió el trastorno como una pérdida en la capacidad de asociar, a la que denominó "esquizofrenia". Durante mucho tiempo estas concepciones se han mantenido en cierta oposición, sin embargo, en la práctica clínica es posible encontrar casos que se ajusten a ambas definiciones.

Respecto al progresivo deterioro observado en la esquizofrenia, algunas investigaciones reportan que existen pacientes con un CI (cociente intelectual) normal, mientras que otras señalan un detrimento en relación a la población general (Badcock, Dragovic, Waters, & Jablensky, 2005). Estudios transversales al momento de la aparición de la esquizofrenia identifican un déficit intelectual (van Winkel, et al., 2006); sin embargo estudios longitudinales muestran que no hay declive tras el primer episodio (Heaton, et al., 2001), e incluso algunos han reportado una mejoría del CI con el tiempo (Bryson, Greig, Lysaker, & Bell, 2002; van Winkel, et al., 2006).

Aunque el deterioro del rendimiento intelectual es un tema debatido, parece existir acuerdo en la aparición de déficit cognitivos específicos (Rund, et al., 2006), particularmente en memoria verbal, semántica y de trabajo (Badcock, et al., 2005; Ruiz, Soler, Fuentes, & Tomas, 2007); atención; lenguaje; abstracción y otras funciones ejecutivas (Badcock, et al., 2005).

Algunas de estas alteraciones han sido descritas desde edades muy tempranas en personas que luego han sido diagnosticadas de esquizofrenia, siendo frecuente que posean un diagnóstico previo de hiperactividad, trastorno de atención (Oner & Munir, 2005; Oner & Munir, 2007), y trastorno del desarrollo (de Haan & Bakker, 2004).

Numerosos autores han diferenciado tres grupos de esquizofrenia atendiendo a los síntomas psicopatológicos que presentan. Según los subtipos de esquizofrenia, positivo, negativo y desorganizado, se observarían también diferentes disfunciones cognitivas. Los pacientes con síndrome positivo suelen tener un rendimiento cognitivo similar a sujetos sanos; el subtipo negativo tendrían deficiencias en planificación y organización; y en el desorganizado se vería afectada la capacidad de inhibición de una respuesta automática (Brazo, et al., 2002; Ruiz, et al., 2007).

En general, en la literatura científica existe una divergencia respecto a la relación entre psicopatología y déficit cognitivo (Rund, et al., 2004). Algunos autores señalan que los trastornos cognitivos de la esquizofrenia no parecer ser producto de los síntomas clínicos de la enfermedad (Gopal & Variend, 2005; Harvey & Sharma, 2002), mientras que otros si reportan esta relación (Bilder, et al., 2000).

Más allá de la existencia o no de una interdependencia entre la psicopatología y el funcionamiento cognitivo, en la práctica clínica suele desaconsejarse la evaluación neuropsicológica durante episodios agudos, pero no están claras las pautas a seguir en casos de sintomatología persistente

o en qué momento la psicopatología deja de interferir en la validez de los resultados de las mediciones. Desconsiderar los elementos psicopatológicos puede llevar a una incorrecta interpretación de los resultados cuantitativos de las pruebas, las que no reflejarían el estado clínico total del paciente.

A continuación se presenta un caso de esquizofrenia desorganizada, sub tipo identificado por DMS IV TR, en donde predomina el lenguaje y el comportamiento desorganizado junto a una afectividad aplanada o inapropiada (APA, 2001). Los resultados de las pruebas aplicadas informan de un acusado deterioro intelectual, este déficit no se corresponde con el rendimiento del paciente valorado de manera cualitativa, lo cual puede indicar una interferencia de la psicopatología en la ejecución de las pruebas neuropsicológicas y, por ende, en sus resultados cuantitativos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Gyb es un joven de 22 años con diagnóstico de Esquizofrenia desorganizada que recientemente se ha incorporado a un nuevo Servicio de Psiquiatría debido a las dificultades de adaptación que mantenía en su tratamiento previo. La historia psicopatológica fundamental de Gyb comienza a los siete años de edad cuando es evaluado y diagnosticado de padecer alteraciones de conducta, trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH), dificultades de aprendizaje y ansiedad.

El diagnóstico y tratamiento debido a TDAH se mantiene hasta los 15 años de edad momento en que fracasa en el

tercer año de educación secundaria obligatoria, trasladándose a vivir una temporada al extranjero con uno de sus padres. Debido a problemas de convivencia familiar regresa a España y comienza a asistir a un centro educativo terapéutico. Un año después se le diagnostica un cuadro depresivo y meses después un trastorno obsesivo compulsivo (TOC), cuyo contenido refería temor extremo a contaminarse con su propia saliva. A los 17 años se realiza el primer diagnóstico en el espectro psicótico, particularmente un episodio psicótico transitorio.

Posteriormente se traslada a vivir de nuevo al extranjero, esta vez con el padre, en donde recibe tratamiento debido a un trastorno psicótico no especificado, un TDAH y un TOC residual. A la edad de 19 años se le diagnostica una esquizofrenia desorganizada junto a un trastorno del desarrollo y un trastorno hiperactivo.

La historia familiar de Gyb es algo confusa y se caracteriza por la falta de redes de apoyo adecuadas, consistentes y normalizadas.

Proveniente de una familia de nivel socioeconómico alto ha vivido habitualmente con sus abuelos tras la separación y migración de sus padres. Posterior a algunas crisis ha intentado vivir con sus padres en el extranjero, no logrando una buena convivencia ni adaptación; regresando a la casa de sus abuelos durante una temporada, para luego comenzar un deambular por residencias psiquiátricas. Algunos de estos cambios le conllevan un gran desarraigo, por ejemplo al trasladarse más de 300 kilómetros del lugar de residencia de sus cuidadores habituales.

En cuanto a su desempeño social, tras abandonar la escuela Gyb no asume otro rol significativo, no ha trabajado ni ha mantenido relaciones interpersonales intensas, menos aún relaciones de pareja. Sólo últimamente se ha intentado poner a prueba su capacidad para vivir autónomamente, compartiendo un piso supervisado. Los antecedentes más remotos de Gyb señalan que desde muy pequeño tuvo problemas de adaptación y de relación con sus semejantes.

Desde el punto de vista cualitativo, Gyb es un muchacho con habilidades y encanto social, afectuoso y que genera cierto interés en las personas de su entorno. Maneja bastante información cultural, por ejemplo se desenvuelve bien en dos idiomas, toca la guitarra y puede comentar sin problemas y con argumentación coherente temas de política o economía actual e histórica. Su aspecto así como sus intereses no dejan de ser los de un joven de 22 años, por ejemplo mantiene su vestimenta a la moda, se preocupa de su corte de pelo, practica varios deportes, domina la informática y suele salir a bares y tomar la iniciativa para compartir con personas de su edad. En aspectos más específicos, se destaca que es capaz de viajar solo de una ciudad a otra, comprende sin problemas el humor, la ironía y el sarcasmo. Al mismo tiempo, Gyb realiza complejas lecturas de "tramas sociales", por ejemplo sabe perfectamente con quien debe mantener un comportamiento correcto y con quien puede rebelarse, recordando siempre los errores que ha cometido y pidiendo disculpas hasta pasadas un par de semanas.

Actualmente su psicopatología se caracteriza por la inquietud psicomotriz, ansiedad, suspicacia con una marcada alteración en la producción de lenguaje oral con frecuentes bloqueos, pérdida del hilo conductor y de la capacidad asociativa, así como tendencia a la evitación social (al parecer por un intento de disminuir la estimulación ambiental). Por otro lado no presenta ideas delirantes estructuradas.

En la evaluación neuropsicológica se administran las siguientes pruebas: *Toulouse Piéron* (Stoenescu, 1936), (PC=1), *d2* (PC=10); *Test del Reloj* (Bozikas, et al., 2004) (TRO=8/10; TRC=10/10); *Figura Compleja de Rey* (Silverstein, Osborn, & Palumbo, 1998) (IV. Yuxtaposición de detalles), *Stroop* (Phillips, Woodruff, & David, 1996) (Interferencia, PC=46), *Trail Making Test* (Horton, 1979) (A=Normal-bajo; B=Normal-bajo), *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin* (Seidman, Pepple, Faraone, Kremen, & et al., 1991) (Nº Categorías Completas=3; Fallos para mantener la actitud, PC=2-5; Aprender a aprender, PC=6-10; porcentaje de respuestas perseverativas, PC= >99), *WAIS-III* (Goikoetxea, et al., 2001) (CIT=78, CIM=80, CIV=80), *Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense TAVEC* (Benedet & Alexandre, 1998) (Falsos positivos, PT=5; Discriminabilidad, PT=-5; Sesgo, PT=5).

Junto a ello se cuenta con dos medidas anteriores de *WAIS-III*, una del año 2001 (CIT=110, CIM=88, CIV=111) y otra del año 2004 (CIT=82, CIM=82, CIV=83), entre estas dos evaluaciones realizadas a los 15 y a los 18 años de edad, se observa una disminución de 27 puntos en el

CIT. A los 22 años de edad, la puntuación desciende en 5 puntos más. El CIV es significativamente superior al CIM en la evaluación realizada en 2001, siendo ambas, de 80 puntos en 2008, lo que indica un deterioro más pronunciado en la capacidad verbal (descenso de 31 puntos), en este último encontramos también puntuaciones superiores a la media en razonamiento abstracto, y significativamente bajas en historietas, búsqueda de símbolos y clave de números.

De este modo las evaluaciones neuropsicológicas nos indican que el paciente presenta dificultades para mantener la atención en una tarea durante periodos prolongados de tiempo; para buscar y seleccionar estímulos relevantes del ambiente; para retener y manejar información relevante en la memoria y para el aprendizaje verbal. Junto a lo anterior sus resultados en la comprensión, interpretación y adaptación de situaciones sociales, así como en la capacidad de planificar y ejecutar conductas orientadas a una meta, se encuentran muy por debajo de la media. Por otro lado, el razonamiento abstracto y la capacidad inductiva se muestran dentro de los límites normales, así como el nivel de conocimiento y vocabulario. En su funcionamiento habitual todo esto se ejemplifica en dificultades para mantener una conversación de manera fluida, y para realizar acciones que requieren planificación; tareas sencillas se ven obstaculizadas por pérdida de la meta, bloqueos de pensamiento o desvíos en la secuencia conductual lo que implican que muchas veces sean desarrolladas con lentitud.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Al analizar los déficits cognitivos, en cuanto al momento de su aparición, podemos identificar algunos que aparecen previo al cuadro psicótico, como son los que afectan la atención y la adaptación social. De este modo, su bajo desempeño en estas áreas no podría ser atribuido totalmente a un déficit cognitivo producto del cuadro psicótico ni a la psicopatología propia de la enfermedad. Estas deficiencias pueden ser comprendidas como un factor de vulnerabilidad. Como señalan algunos autores, en los casos de esquizofrenia de inicio precoz es frecuente un inicio insidioso, de difícil detección que da lugar a alteraciones en las relaciones sociales y fracaso escolar (Oner & Munir, 2005).

En el caso presentado encontramos numerosos diagnósticos de diverso origen que finalmente desembocan en una esquizofrenia desorganizada, pudiendo sospecharse que la sintomatología previa eran pródromos del posterior cuadro psicótico. La escasez de cuadros psicóticos de inicio precoz junto con la falta de criterios de clasificación claros pueden en algunos casos provocar que estos no se identifiquen hasta que la psicosis se muestre con toda su sintomatología (Remschmidt, 2005). Si a esto unimos el hecho de que aquellas personas con alto nivel socioeconómico suelen tener una menor frecuencia de diagnósticos de esquizofrenia (Read, et al., 2006), podemos hipotetizar que el cuadro esquizofrénico de Gyb pudo comenzar bastante antes de su primer diagnóstico de psicosis.

Analizando el caso descrito uno de los hechos que más llama la atención es el descenso de CI desde lo normal a un rendimiento intelectual límite en un período de 7 años. Ante estos resultados podríamos afirmar que estamos frente a una "demencia precoz" como Kraepelin la definió. Sin embargo, observando la conducta en la vida diaria del paciente, encontramos que esta difiere en algunos aspectos del comportamiento esperado para una persona con un desempeño limítrofe. Ante esto surge la inquietud por explicar la discordancia entre el dato cuantitativo y la observación clínica y cualitativa.

Particularmente, la bibliografía informa que los desordenes del pensamiento caracterizados por problemas en la producción del discurso (Berenbaum, Kerns, Vernon, & Gomez, 2008), y la incapacidad para inhibir respuestas automáticas (Brazo, et al., 2002) pueden interferir el desempeño del paciente, lo que explicaría la discordancia anteriormente señaladas. Estas dificultades, relacionadas con un síntoma psicopatológico como los trastornos en el pensamiento, han sido asociadas también a problemas en la función ejecutiva (Berenbaum, et al., 2008).

Otro argumento que permite afirmar que la psicopatología interfiere en los resultados de Gyb, son las conclusiones que se extraen del WCST. Específicamente, el paciente obtiene bajo número de categorías completas y también, bajo número de errores perseverativos. Esto resultados indicarían que el paciente reconoce el criterio que define la categoría, pero va disminuyendo sus aciertos ya que a medida que avanza la tarea va perdiendo la capacidad de mantener

la atención en ella, dejándose llevar por intrusiones.

Al respecto Ruiz, et al. (2007) señalan que el bajo número de categorías completadas junto a pocas perseveraciones parece ser causado por la dificultad de mantenimiento de la disposición mental. Además, asocian esta falta de capacidad para seleccionar las secuencias de respuestas correctas con los problemas de fluidez verbal. Esto es lo que parece encontrarse en el presente caso: una incapacidad de mantener el curso de pensamiento que provoca dificultades en la expresión y la ejecución de las secuencias de conductas. Así, en ocasiones Gyb logra alcanzar un desempeño adecuado pero este carece de continuidad.

Respecto a los resultados del WAIS-III, encontramos unas puntuaciones elevadas en lo referido a razonamiento abstracto, en pruebas que no implican límite de tiempo, esto contrasta con las bajas puntuaciones en otras pruebas de razonamiento, lo que sugiere que las dificultades medidas a través de pruebas verbales pueden deberse a los problemas en el lenguaje consecuencia de los trastornos formales del pensamiento, algo que también ocurriría en las que exigen velocidad.

En el presente caso se evidencia que las alteraciones psicopatológicas, particularmente los trastornos formales del pensamiento, interfieren con la realización de las pruebas neuropsicológicas, por los que los resultados de estas deben ser interpretados en relación al estado psicopatológico del evaluado, teniendo en cuenta las observaciones cualitativas realizadas por el clínico para llegar a

una correcta interpretación de los resultados cuantitativos.

Es fundamental tener en cuenta la estrecha e indivisible relación que mantiene lo cognitivo con lo psicopatológico, y la necesaria consideración que debe hacer un evaluador de ambas dimensiones. Por ejemplo, en el caso de Gyb, para informar de mejor manera la influencia de los resultados en CI, se deberían incorporar datos de un screening psicopatológico, como puede ser la PANSS (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987). La habilidad del evaluador residen en dilucidar la relación entre lo uno y lo otro.

La evaluación neuropsicológica no debe limitarse a informar los resultados cuantitativo de las pruebas psicométricas sino que debe también informar del estado clínico y funcional del paciente, estimando los requerimientos y expectativas de rehabilitación. Para todo ello se debe tener en cuenta al evaluado de forma global.

REFERENCIAS

- APA (2001).** *DSM IV TR Manual diagnóstico y estadístico de las trastornos mentales. Texto Revisado.* (J. López-Ibor Aliño & M. Valdéz Miyar, Trad. 1º ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Badcock, J. C.,** Dragovic, M., Waters, F. A., & Jablensky, A. (2005). Dimensions of intelligence in schizophrenia: Evidence from patients with preserved, deteriorated and compromised intellect. *Journal of Psychiatric Research*, 39(1), 11-19.
- Benedet, M. J.** & Alexandre, M. A. (1998). *Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense. TAVEC.* Madrid: TEA Ediciones.
- Berenbaum, H.,** Kerns, J. G., Vernon, L. L., & Gomez, J. J. (2008). Cognitive correlates of schizophrenia signs and symptoms: I. Verbal communication disturbances. *Psychiatry Res*, 159(1-2), 147-156.
- Bilder, R. M.,** Goldman, R., Robinson, D. G., Reiter, G., Bell, L., Bates, J. A., et al. (2000). Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *American Journal of Psychiatry*, 157(549-559).
- Bozikas, V. P.,** Kosmidis, M. H., Gamvrula, K., Hatzigeorgiadou, M., Kourtis, A., & Karavatos, A. (2004). Clock Drawing Test in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 121(3), 229-238.
- Brazo, P.,** Marie, R., Halbecq, I., Benali, K., Segard, L., Delamillieure, P., et al. (2002). Cognitive patterns in subtypes of schizophrenia. *European Psychiatry*, 17(3), 155-162.
- Bryson, G.,** Greig, T., Lysaker, P., & Bell, M. (2002). Longitudinal Wisconsin Card Sorting performance in schizophrenia patients in rehabilitation. *Applied Neuropsychology*, 9(4), 203-209.
- de Haan, L.,** & Bakker, J. (2004). Overview of Neuropathological Theories of Schizophrenia: From Degeneration to Progressive Developmental Disorder. *Psycho-pathology*. 37(1), 1-7.

- Goikoetxea, E.,** Aznar, S., Cortajarena, C., Ponte, J., Ugarte, K., & Uriarte, J. (2001). El WAIS-III en pacientes esquizofrénicos: Hallazgos sobre su validez. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(2), 245-257.
- Gopal, Y. W.,** & Variend, H. (2005). First-episode schizophrenia: review of cognitive deficits and cognitive remediation. *Advances in psychiatry treatment*, 11, 38-44.
- Harvey, P. D.,** & Sharma, T. (2002). *Understanding and treating cognition in schizophrenia. A clinician's handbook.* London: Martin Dunitz.
- Heaton, R. K.,** Gladsjo, J. A., Palmer, B. W., Kuck, J., Marcotte, T. D., & Jeste, D. V. (2001). Stability and course of neuropsychological deficits in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 24-32.
- Horton, A. M.** (1979). Some suggestions regarding the clinical interpretation of the Trail Making Test. *Clinical Neuropsychology*, 1(1), 20-23.
- Kay, S. R.,** Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261-276.
- Oner, O., & Munir, K.** (2005). Attentional and neurocognitive characteristics of high-risk offspring of parents with schizophrenia compared with DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder children. *Schizophrenia Research*, 76(2-3), 293-299.
- Oner, O., & Munir, K. M.** (Eds.). (2007). *Attentional characteristics as predictors of schizophrenia among high risk individuals: Lessons from attention deficit hyperactivity disorder:* Briscoe, William P (Ed).
- Phillips, M. L.,** Woodruff, P. W., & David, A. S. (1996). Stroop interference and facilitation in the cerebral hemispheres in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20(1-2), 57-68.
- Read, J.,** Mosher, L., Bentall, R., Aderhold, V., Beder, S., Burdett, J., et al. (2006). *Modelos de Locura.* Barcelona: Herder.
- Remschmidt, H.** (2005). *Esquizofrenia en niños y adolescentes.* Barcelona: Ariel.
- Ruiz, J. C.,** Soler, M. J., Fuentes, I., & Tomas, P. (2007). Intellectual functioning and memory deficits in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 276-282.
- Rund, B.,** Melle, I., Friis, S., Larsen, T. K., Midboe, L. J., Opjordsmoen, S., et al. (2004). Neurocognitive dysfunction in first-episode psychosis: correlates with symptoms, premorbid adjustment, and duration of untreated psychosis. *Am J Psychiatry*, 161(3), 466-472.
- Rund, B.,** Sundet, K., Asbjornsen, A., Egeland, J., Landro, N., Lund, A., et al. (2006). Neuropsychological test profiles in schizophrenia and non-psychotic depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(4), 350-359.
- Seidman, L. J.,** Pepple, J. R., Faraone, S. V., Kremen, W. S., & et al. (1991). Wisconsin Card Sorting Test performance over time in schizophrenia: Preliminary evidence for clinical follow-up and neuroleptic reduction studies. *Schizophrenia Research*, 5(3), 233-242.
- Silverstein, S. M.,** Osborn, L. M., & Palumbo, D. R. (1998). Rey-Osterrieth Complex Figure Test performance in acute, chronic, and remitted schizophrenia patients. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 985-994.
- Stoenescu, T.** (1936). The Toulouse-Pieron attention test applied to insane people. *Bul Spital Boli Ment Nerv Sibiu* 1936, 62-63.
- van Winkel, R.,** Myin-Germeys, I., Delespaul, P., Peuskens, J., De Hert, M., & van Os, J. (2006). Premorbid IQ as a predictor for the course of IQ in first onset patients with schizophrenia: A 10-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 88(1-3), 47-54.

Recibido: 4 Noviembre 2008. **Aceptado:** 24 Noviembre 2008.