

Caso clínico

Un caso de deterioro cognitivo, personal y social; en los niveles más bajos de funcionamiento

Solórzano Equihua Herika*, Padrós Blázquez Ferran**, Martínez-Medina María Patricia***

RESUMEN

Frecuentemente se observan en la calle personas mostrando conductas abigarradas como gritar, desnudarse, hurgar en la basura, etc. Suelen ser casos graves, que manifiestan una grave disfuncionalidad personal, social y frecuentemente, deterioro cognitivo. Son casos difíciles que llegan a los servicios de salud mental y en ocasiones desaniman a los profesionales. El objetivo del presente trabajo es evaluar el efecto de un tratamiento de rehabilitación cognitiva junto tratamiento farmacológico en una paciente de muy bajo funcionamiento que presenta deterioro intelectual, cognitivo, personal y social. En los resultados destaca una notable mejoría en el rendimiento cognitivo atencional, pero también se observan datos que insinúan mejoría en el funcionamiento psicosocial y sintomatología.

Palabras Clave: Disfunción, rehabilitación cognitiva, tratamiento.

ABSTRACT

Frequently is observed in the street people showing no sense behaviors such as screaming, undress, scavenging, etc. Tend to be severe cases, which show a serious personal and social dysfunction, and a frequently cognitive deterioration. These hard cases get to the mental health services and sometimes discourage the professionals. The objective of this work is to evaluate the effect of a cognitive rehabilitation treatment together a pharmacological treatment in a patient with very low functioning that presents intellectual, cognitive, personal and social damage. In the results emphasize a significant improvement in her attention cognitive achievement, but also there are data that insinuate improvement in the symptomatology and psychosocial functioning.

Key Words: Dysfunction, cognitive rehabilitation, treatment.

- * Licenciada en Psicología por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Mich., México.
** Doctor en Psicología profesor-investigador titular A de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Mich., México.
*** Médico Psiquiatra, maestra en ciencias. Centro Michoacano de Salud Mental CEMISAM, Secretaría de Salud en el Estado De Michoacán, México.

Correspondencia: Lic. Herika Solórzano Equihua, correo electrónico leti05_@hotmail.com.
Dr. Ferran Padrós Blázquez, correo electrónico fpadros@umich.mx
Dra. María Patricia Martínez Medina, correo electrónico dra_pmartinez@yahoo.com.mx
Facultad de Psicología de la U.M.S.N.H. Francisco Villa No. 450, Col. Dr. Miguel Silva, C. P. 58120. Morelia, Michoacán

Recibido: 10-02-2013
Aceptado: 08-07-2013

Este artículo debe citarse como: Equihua Herika S, Blázquez Ferran P, Martínez-Medina María Patricia MM. Un caso de deterioro cognitivo, personal y social; en los niveles más bajos de funcionamiento. Rev Latinoam Psiquiatría 2012;11:168-173.

www.nietoeditores.com.mx

ANTECEDENTES

Es relativamente frecuente observar en las calles de cualquier ciudad a personas vestidas con harapos, sucias, en ocasiones hurgando en las basuras y en otras mostrando conductas abigarradas como gritar a voces, desnudarse, etc. En el mejor de los casos son atendidos por servicios de psiquiatría de media y larga estancia. Suelen ser casos graves, que manifiestan una grave disfuncionalidad personal, social, y frecuentemente un gran deterioro cognitivo, son difíciles de diagnosticar y en el caso de recibir algún tratamiento, los resultados son rara vez evaluados de forma sistemática y reportados.

Durante las dos últimas décadas se ha contemplado un gran avance en la búsqueda de terapias eficaces para el tratamiento de pacientes diagnosticados de trastornos graves y cursando con deterioro como la esquizofrenia. Actualmente, existe una importante evidencia observada

en múltiples estudios, que confirman la eficacia de distintos modelos de tratamiento.¹

Brenner y cols., en 1994 desarrollaron el Tratamiento Psicológico Integrado (IPT), con la finalidad de intervenir en los déficits cognitivos y sociales de pacientes esquizofrénicos, ya que consideran a éstos como moduladores de la mayoría de alteraciones (síntomatología, ocupación, autonomía, etc).² El IPT es un programa de intervención grupal, de orientación conductual, que consta de cinco subprogramas diseñados para mejorar las disfunciones cognitivas y los déficits sociales y conductuales característicos de la enfermedad. Se implementa en grupos de 5 a 7 pacientes, en sesiones de 30 a 60 minutos, tres veces por semana y durante un mínimo de tres meses, sin embargo, es flexible en cuanto a su duración.³ El programa está sumamente estructurado en cuanto a la descripción de los ejercicios y el procedimiento de actuación, pero aunque hay una secuencia teórica para su desarrollo, existe la posibilidad de que ésta pueda variar en función de las particularidades del grupo de tratamiento.⁴ La característica más relevante del programa es que las tareas cognitivas operan con material significativo para el paciente y en un marco psicosocial. Cada subprograma contiene tareas terapéuticas concretas para mejorar las habilidades sociales y cognitivas, y están concebidos de tal manera que, a medida que avanza la terapia, aumentan gradualmente las exigencias al individuo, así como la necesidad de interacción de los participantes. Al mismo tiempo, va decreciendo la estructuración de la terapia. Cada subprograma se inicia con material emocionalmente neutro y, a medida que avanza, va aumentando también su carga emocional.⁵

Debe señalarse que en trastornos como la esquizofrenia se asocian claramente, la gravedad y los costos con los déficits cognitivos.⁶ Por otro lado, se ha reportado frecuentemente alteraciones atencionales en pacientes esquizofrénicos.^{6, 7, 8} El funcionamiento de la atención se considera central ya que en él se apoyan otras funciones superiores como memoria, razonamiento abstracto y aprendizaje y el funcionamiento social y cualquier actividad laboral.^{9, 10} Por otro lado, el déficit en el funcionamiento social se ha señalado como otro de los factores clave de la esquizofrenia.^{11, 12, 13} Por ello, el objetivo de la presente investigación es evaluar los efectos terapéuticos que podrían derivarse de la aplicación individual de sólo los subprogramas de Diferenciación Cognitiva y Percepción

Social (los cuales hacen énfasis en la mejora del funcionamiento atencional y social de los pacientes) que forman parte del programa de rehabilitación neuropsicológica IPT (Tratamiento Psicológico Integrado) de Brenner y cols. 1994,² sobre un paciente grave que presenta deterioro intelectual, cognitivo, personal y social.

Descripción del caso

Femenino, de 37 años de edad, soltera, desempleada y sin escolarización. Se desconoce en gran medida la historia familiar de la paciente debido a que su madre, abandonada por el padre de la paciente, padecía dependencia al alcohol y diabetes mellitus tipo 2, y murió cuando la paciente tenía 5 o 6 años de edad. Respecto a los antecedentes personales, la paciente inició el consumo de alcohol a los 14 años, y a los 20 abusaba de alcohol y sedantes. Estaba mal alimentada, pedía limosna y vivía en la calle. Se han reportado comportamientos que sugieren un grave trastorno mental como; comer basura, desnudarse y comportamientos agresivos en vía pública, asimismo se infiere que sufrió abuso sexual y físico. Sólo se tiene conocimiento de un ingreso en un hospital psiquiátrico en junio de 2002. Tuvo un aborto provocado por los traumatismos derivados de un atropellamiento de un camión.

Actualmente, se encuentra en régimen de internamiento en el albergue para indigentes llamado Ayuda al Anexo de Pacientes Psiquiátricos de Larga Estancia A. C., donde ha estado desde hace 8 años. Ha recibido diagnóstico de trastorno de la personalidad y del comportamiento no especificado debido a enfermedad orgánica, con lesión o disfunción cerebral sin especificación. También en el eje II ha sido diagnosticada de retraso mental moderado. Una enfermera está ejerciendo de cuidadora, y la paciente está tomando carbamazepina 600 mg al día.

MATERIAL Y MÉTODO

Se aplicó de forma individual los dos primeros subprogramas de la versión en español de Roder y cols. (1996)¹⁴ del programa original IPT (Tratamiento Psicológico Integrado) de Brenner y cols. (1994):²

Subprograma diferenciación cognitiva: Es el más vinculado al tratamiento de los déficits cognitivos básicos.⁴ El objetivo es mejorar las habilidades cognitivas combatiendo las dificultades que presentan estos pacientes a la hora de formar conceptos, pensar de forma abstracta o clasificar

objetos. Está orientado a las funciones atencionales (atención sostenida, selectiva, focalizada, alternante, etc.) y especialmente a las dificultades que presentan los pacientes para mantener la atención o para dirigirla hacia una tarea determinada,¹⁵ y a las habilidades de conceptualización (abstracción, formación de conceptos, discriminación conceptual, etc.). Se divide en tres etapas: *etapa 1*, ejercicios con tarjetas (los pacientes participan en tareas grupales, en las cuales estos proceden a clasificar tarjetas, como seleccionar entre un conjunto de tarjetas todas las que posean unas características determinadas), *etapa 2*, sistemas conceptuales verbales (jerarquías conceptuales, sinónimos, antónimos, definiciones de palabras, tarjetas con palabras, palabras con diferente significado según el contexto), construir jerarquías conceptuales, buscar definiciones, distinguir entre palabras con significados contextuales diferentes, etc.^{3, 15} Las habilidades de conceptualización consisten en tareas en las cuales los pacientes identifican antónimos y sinónimos, distinguen conceptos de definiciones diferentes o establecen una jerarquía de conceptos relacionados,¹⁷ y *etapa 3*, estrategias de búsqueda.

Subprograma percepción social: Tiene como finalidad la mejora de la capacidad perceptiva e interpretativa del paciente en situaciones sociales,⁴ mediante la estimulación de las habilidades que permitan discriminar los estímulos sociales relevantes de los irrelevantes (atención selectiva), reduciendo los procesos que desajustan la percepción provocados por información incompleta o fragmentada, mediante ejercicios de análisis, codificación, integración y comprensión de la información. Se trabaja con diapositivas que presentan distintas situaciones sociales ordenadas jerárquicamente según su nivel de complejidad, ya que varían en complejidad visual (cantidad de estímulos que entran) y contenido emocional. Se usan inicialmente diapositivas simples (escasa complejidad cognitiva) que producen un efecto poco estresante en los pacientes (escasa carga emocional). El nivel de complejidad se va incrementando gradualmente en la medida en que los miembros del grupo se familiaricen con la tarea.¹⁷ Presenta tres etapas: recogida de información, interpretación y debate y asignación de un título. Se les pide a los pacientes catalogar las cualidades observables en individuos que aparecen en las diapositivas, interpretar las acciones que se llevan a cabo, la emoción mostrada por los actores, etc. De esta manera el terapeuta dirige la atención a los aspectos relevantes de los irrelevantes.¹⁶

Se administraron los siguientes instrumentos al comienzo y al final del tratamiento. Para la evaluación del rendimiento cognitivo atencional:

Test de Cancelación Toulouse-Pieron: Evalúa atención sostenida, concentración y capacidad perceptiva. Consta de una hoja con un total de 144 cuadrados, cada uno con una raya pequeña que lo atraviesa o lo toca en la parte superior, inferior o lateral. El objetivo de la prueba consiste en tachar todos los cuadrados que sean exactamente iguales a un cuadrado diana, que está situado en la parte central superior de la hoja, con una rayita que lo atraviesa en su parte superior. El sujeto tiene cuatro minutos para realizar la prueba lo más rápido posible, por lo que se le administrarán tantas hojas como sea necesario hasta que el tiempo se agote. Se analizan el porcentaje de aciertos y de falsas alarmas, así como el número total de cuadrados que recorre en los cuatro minutos que dura la prueba.

Prueba de cancelación de estímulos no verbales de Albert: consiste en una hoja en la que se encuentran distribuidas 40 líneas rectas. La tarea consiste en que el examinado debe trazar líneas perpendiculares a cada una de las que se encuentran ahí. Se contabiliza el tiempo en realizar la tarea y las omisiones (que se deben señalar para que las ejecute correctamente).

Test de Percepción de Diferencias "CARAS": Evalúa capacidad perceptiva y atención selectiva. Consta de elementos formados por 3 dibujos esquemáticos de caras, dos de ellas son iguales. La tarea consiste en determinar cual es diferente y tacharla (puntuación máxima de 60 puntos).

Trail Making Test (TMT): La forma A evalúa atención sostenida. Consta de una serie de círculos con números (1 al 25) que deben ser conectados de forma secuencial. La forma B evalúa atención alternante y cambio de set. Consiste en círculos con letras (A a la L) y números (1 al 13) los cuales se deben unir, de forma alternante (1-A-2-B...).

Frases (WPPSI): Es equivalente a Retención de Dígitos (WAIS-III), y al igual que esta subprueba, frases explora atención, concentración y memoria auditiva a corto plazo, aunque frases parece depender más de las habilidades verbales. El examinador presenta en forma verbal oraciones compuestas de vocabulario dentro del rango de los preescolares, y la tarea es repetir cada una de las oraciones en forma literal.⁸ Cada oración es leída solamente una vez con un promedio de dos sílabas por segundo aproximadamente. La puntuación máxima es de 34 puntos.

Claves A (WISC-RM): Es equivalente a Claves (WAIS-III), explora la capacidad de aprendizaje, de recuerdo rutinario, velocidad psicomotora, concentración y atención.⁸ La tarea es seguir una clave que contiene figuras geométricas y trazos. Se otorga un tiempo de ejecución de 120 segundos. Si el examinado recibe una puntuación perfecta de 45 puntos en la tarea, se dan puntos adicionales basados en el número de segundos utilizados para completar esta subescala, por lo que la puntuación máxima puede llegar a 50 puntos.

Búsqueda de Símbolos (WAIS-III): Explora velocidad de procesamiento cognoscitivo. Es una subprueba de desempeño opcional diseñada para medir la velocidad de procesamiento. La tarea es explorar en forma visual dos grupos de símbolos, un grupo de búsqueda y un grupo objetivo, y determinar si el símbolo que se busca aparece en el grupo de búsqueda.⁸ Se otorga un tiempo de ejecución de 120 segundos y la puntuación máxima es de 60 puntos.

Para evaluar el funcionamiento psicosocial se administró:

Escala GEOPTE de cognición social para la psicosis: Evalúa la atención y cognición social. Tiene 2 aplicaciones una auto-administrada y la otra la responde un informante (cuidador principal). Consta de 15 ítems de los cuales se obtiene una puntuación total. A menor puntuación supone mejor rendimiento.

Escala sobre el perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (LSP): Mide disfunciones psicosociales. Escala hetero-aplicada que contiene 5 subescalas: autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación-contacto social, comportamiento social no personal y vida autónoma (puntuación total es un rango entre 39 y 156). Puntuaciones altas significan buen funcionamiento diario y bajas incapacidad y dificultad en la adaptación social.

Finalmente, la sintomatología se evaluó a través de:

Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS): Evalúa cambios producidos en los síntomas. Escala heteroaplicada de 18 ítems que se puntúan del 1 al 7 (1 equivale a ausencia del síntoma y 7 a gravedad extrema), la puntuación total oscila entre 0 y 72.

Procedimiento

Se contactó y obtuvo el consentimiento de la paciente para participar en el estudio, así como de su cuidadora. En la primera fase, se evaluó al sujeto mediante los instrumentos mencionados para conocer el estado atencional, funcionamiento psicosocial y sintomatología de

la paciente. En la segunda fase, se aplicó a la paciente los subprogramas de Diferenciación Cognitiva y Percepción Social durante 2 semanas y media, en 24 sesiones (2 sesiones cada día, una de cada subprograma, con una duración de 45 minutos aproximadamente cada una, y con un intermedio de 30 minutos entre las dos sesiones). En la tercera fase, se aplicaron nuevamente los instrumentos para conocer el estado atencional, funcionamiento psicosocial y sintomatología de la paciente.

RESULTADOS

Se presentan las puntuaciones directas obtenidas en los instrumentos aplicados a la paciente, en las evaluaciones pre y post al tratamiento.

En la evaluación del rendimiento cognitivo atencional, se observa mejoría clínicamente significativa en el Test de Cancelación Toulouse – Pierón, en el cual la puntuación aumentó de 22 a 33 puntos. En éste, se observó además que en la segunda aplicación la paciente desarrolló de forma más adecuada la tarea, seleccionando los cuadrados que debía marcar y disminuyendo así el número de errores cometidos de 33 en la primera aplicación a 1 en la segunda. Así mismo también aumentó el número de cuadrados que la paciente pudo recorrer durante los 4 minutos de ejecución de la tarea, de 72 a 106 cuadrados.

En el resto de los instrumentos, la mejoría fue menos notable en la Búsqueda de Símbolos (WAIS-III) se observó un aumento de 4 a 6 puntos (diferencia de +2). En el Test de Percepción de Diferencias (CARAS), hubo un aumento de 3 a 5 puntos (diferencia de +2). En la prueba de cancelación de estímulos no verbales de Albert, la disminución del tiempo de ejecución fue de 101 a 98 segundos (diferencia de -3). En Claves A (WISC-RM) la puntuación aumentó de 9 a 11 puntos (diferencia de +2), y en Frases (WPPSI), la puntuación aumentó de 8 a 9 puntos (diferencia de +1).

En relación a la evaluación del funcionamiento psicosocial del paciente, se observó que hubo una mejoría clínicamente significativa en la escala GEOPTE, disminuyendo la puntuación global de 87 a 65 puntos (diferencia de -22). En la escala LSP también se aprecia una mejoría aumentando la puntuación de 116 a 124 (diferencia de +8).

Respecto a la sintomatología, el resultado de la escala BPRS es clínicamente significativo, ya que aunque no hubo grandes cambios en los síntomas, si en la puntuación total

de la escala, la cual disminuyó de 56 a 46 puntos (diferencia de -10). Destaca un predominio de sintomatología negativa en las dos evaluaciones.

DISCUSIÓN

A partir del estudio realizado se pudo observar cierta efectividad de la aplicación de los dos primeros subprogramas del IPT sobre la paciente. Se observó mejoría especialmente en el rendimiento cognitivo atencional, pero también se observan datos que insinúan mejoría en el funcionamiento psicosocial y la sintomatología. Estos resultados sugieren que podrían beneficiarse del tratamiento no sólo los esquizofrénicos, como indica el diseño del programa, sino también a este tipo de pacientes con daño cerebral orgánico. Pacientes que presentan deterioro intelectual, cognitivo, personal y social, es decir, cuando el paciente se encuentra en los niveles más bajos de funcionamiento.

Algunas de las limitaciones que se deben destacar de la presentación del estudio del caso son el contar con pocos datos sobre la paciente. Pero nótese que es habitual en pacientes de estas características. Así como los instrumentos utilizados para las evaluaciones, ya que la mayoría no están adaptados y validados en población mexicana, lo cual nos permite cuestionarnos si son pertinentes para evaluar a los sujetos. Otra limitación importante es que, no se realiza un seguimiento de la paciente a mediano o largo plazo, ya que solo se aplican las evaluaciones pre y post al tratamiento, el cual tiene una duración muy corta y no permite saber si los cambios se mantienen.

Un factor importante a considerar es que el formato prediseñado del programa terapéutico es para ser aplicado en forma grupal. Aunque el programa es flexible y permite la aplicación individual, la mayoría de las actividades que se realizan en el tratamiento están diseñadas para realizarse grupalmente, ya que se pretende fomentar la interacción con otros pacientes. En el presente caso se adaptaron las actividades a un formato individual logrando finalmente llevar a cabo satisfactoriamente todas las actividades, pero sabiendo que el beneficio pudo ser menor. Sin embargo, la aplicación individual permitió satisfacer algunas de las necesidades de la paciente, como realizar el programa a su propio ritmo intentando evitar de esta manera que se sintiera sobrecargada. A lo largo del tratamiento se observó (especialmente en el subprograma de Percepción Social), que la paciente mejoró en aspectos como el contacto visual

y la participación espontánea, así como en la capacidad para observar detalles y recoger e interpretar información.

Los resultados obtenidos sugieren que la aplicación de sólo dos de los subprogramas del IPT, junto el tratamiento farmacológico puede mejorar de forma significativa el rendimiento cognitivo, social y la sintomatología de pacientes que presentan deterioro intelectual, cognitivo, personal y social. Además, debe destacarse que el tratamiento se llevó a cabo en solo 3 semanas, ello nos hace pensar que es factible observar mejoría en poco tiempo en este tipo de pacientes. Puede concluirse, de forma moderadamente optimista, que actualmente se dispone de tratamientos potencialmente eficaces frente a pacientes con un nivel muy bajo de funcionamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vallina, O., Lemos, S., García, A., Otero, A., Alonso, M. y Gutiérrez, M. (1998). Tratamiento Psicológico Integrado en pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*. 10(2): 459-474.
2. Brenner, H., Roder, V., Hodel, B., Kienzie, N., Reed, D., y Liberman, R. (1994). *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients*. Seattle: Hogrefe y Huber.
3. Vallina O, Lemos S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema* 2001; 13: 345-364.
4. De La Higuera J, Sagastagoitia R. Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología* 2006; 24(1,3): 245-266.
5. Anita Patel, Brian Everitt, Martin Knapp, Clare Reeder, Deidre Grant, Christine Ecker, and Til Wykes (2006). Schizophrenia Patients With Cognitive Deficits: Factors Associated With Costs. *Schizophr Bull*, 32: 776 - 785.
6. David L. Braff (1993). Information Processing and Attention Dysfunctions in Schizophrenia, *Schizophr Bull*, 19: 233 - 259.
7. Barbara A. Cornblatt and John G. Keilp (1994). Impaired Attention, Genetics, and the Pathophysiology of Schizophrenia, *Schizophr Bull*, 20: 31 - 46.
8. Jonathan D. Cohen, Todd S. Braver, and Randall C. O'Reilly. (1996). A Computational Approach to Prefrontal Cortex, Cognitive Control and Schizophrenia: Recent Developments and Current Challenges. *Phil Trans R Soc B*, 351: 1515 - 1527.
9. López B, y Vázquez C. Un estudio sistemático de la evolución de los déficits cognitivos en una muestra de pacientes con esquizofrenia. *Rev. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 2003; 30(3): 129-136.
10. Pardo V. Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de psiquiatría del Uruguay* 2005; 69(1): 71-83.
11. Shaun M. Eack, Catherine G. Greeno, Michael F. Pogue-Geile, Christina E. Newhill, Gerard E. Hogarty, and Matcheri S. Keshavan (2010) Assessing Social-Cognitive Deficits in Schizophrenia With the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. *Schizophr Bull*, 36: 370 - 380.

12. Yu-Tao Xiang, David Shum, Helen F. K. Chiu, Wai-Kwong Tang, and Gabor S. Ungvari (2010). Association of Demographic Characteristics, Symptomatology, Retrospective and Prospective Memory, Executive Functioning and Intelligence with Social Functioning in Schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44: 1112 - 1117.
13. Marie E. Lenior, Peter M. A. J. Dingemans, Don H. Linszen, Lieuwe de Haan, and Aart H. Schene. (2001). Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: Five-year follow-up of a psychosocial intervention *The British Journal of Psychiatry*, 179: 53 - 58.
14. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel; 1996.
15. Penadés, R. (2002). *La rehabilitació neuropsicològica del pacient esquizofrènic*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. España.
16. Brenner, H., Hodel, B., Roder, V. y Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 18(1): 21-26.
17. Roder, V., Brenner, H., Kienzle, N. y Fuentes, I. (2007). *Terapia Psicológica para la Esquizofrenia IPT*. España: Alboran.