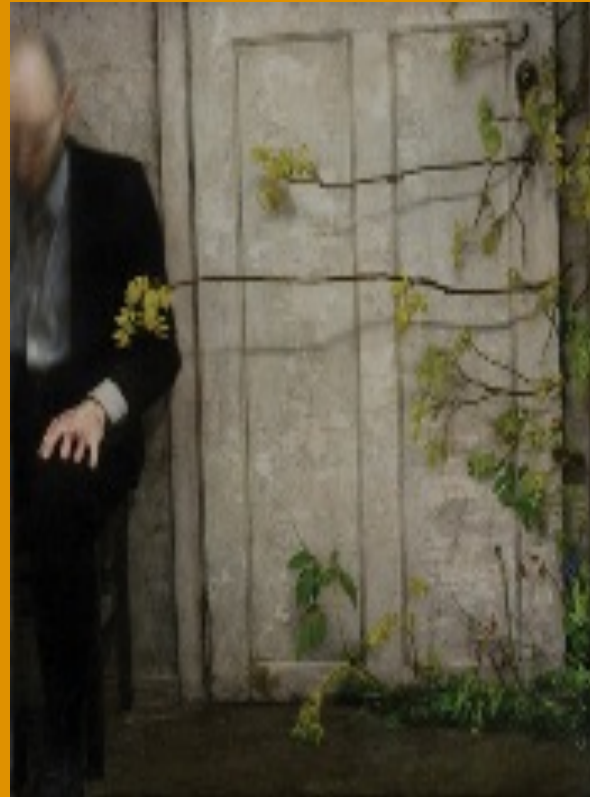


DÉFICIT O DETERIORO



Núria Pujol

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Bilbao, Junio 2008

SUMARIO

- Modelos teóricos:
 - Hipótesis del neurodesarrollo vs. hipótesis de la neurodegeneración

- Características de los déficits cognitivos asociados a la esquizofrenia:
 - prevalencia,
 - funciones afectadas,
 - implicaciones funcionales,
 - neuroimagen y
 - curso a lo largo del ciclo vital

- Tratamientos:
 - farmacológicos
 - psicológicos

INTRODUCCIÓN

■ Kraepelin, 1919:

"La Dementia praecox consiste de una serie de estados cuya característica común es la destrucción peculiar de la cohesión interna de la personalidad psíquica... la mayoría de los cuadros clínicos hablan de un solo proceso mórbido, aunque, en apariencia, a menudo se separan considerablemente uno del otro."

- Inicio temprano
- Deterioro acentuado
- Curso crónico

■ Bleuler, 1908 "schizo-phrene"

- La recuperación parcial es posible
- Heterogeneidad: el "grupo de las esquizofrenias"

MODELOS TEÓRICOS

■ Modelo del neurodesarrollo

-Anormalidades en desarrollo cerebral temprano (pre y/o perinatales) y tardío (adolescencia).

■ Modelo degenerativo

-Proceso neuropatológico del deterioro cognitivo.

■ Modelo híbrido

-“Los factores del neurodesarrollo podrían jugar un papel importante en la diátesis del trastorno, mientras que el proceso neuropatológico contribuiría al deterioro”

Flashman i Green, 2004



MODELO NEURODESARROLLO

- Estudios retrospectivos con pacientes con esquizofrenia muestran anomalías tempranas en múltiples dominios del desarrollo infantil y adolescente

- motor

- lenguaje

- cognición

- sociabilidad

- Marcador de rasgo, inespecífico y de bajo poder predictivo en inicio posterior de la esquizofrenia.

- El grado de deterioro premórbido se asocia a la severidad y edad de inicio más precoz de la enfermedad *Cannon et al., 2002*



CARACTERÍSTICAS DE LOS DÉFICITS COGNITIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA

- La mayoría de los pacientes crónicos (70 %) tienen déficits cognitivos que se mantienen estables desde el primer episodio (algunos incluso premórbido) hasta después de la mediana edad.
- El rendimiento cognitivo es un factor de predicción de la recuperación funcional de los pacientes, en mayor medida que la sintomatología negativa, como se ha demostrado en estudios transversales y longitudinales *McGurk i cols., 2000*

SEVERIDAD DE LOS DÉFICITS COGNITIVOS EN LA ESQUIZOFRENIA

Harvey 2005

LIGERO	MODERADO	SEVERO
PERCEPCIÓN	DISTRAIBILIDAD	APRENDIZAJE VERBAL
MEMORIA DE RECONOCIMIENTO	MEMORIA DE EVOCACIÓN	FUNCIONES EJECUTIVAS
DENOMINACIÓN	WORKING MEMORY	VIGILANCIA
	HABILIDAD VISOMOTORA	VELOCIDAD PSICOMOTORA
		FLUENCIA VERBAL

Ligero: 0,5-1 SD; Moderado: 1-2 SD; Severo: 2-5 SD



Estudios de neuroimagen

■ Población adulta (pacientes crónicos)

- Incremento volumétrico ventrículos laterales (40%)
- Reducción lóbulo temporal (temporal medial)
- Descenso de la sustancia gris y blanca cerebral (2-3%)

Lawrie et al., 1998; Wright et al., 2000

- Descenso volumen regional en hipocampo, tálamo y lóbulo frontal

*Nelson et al., 1998; Konick et al., 2001;
Davidson et al., 2003*

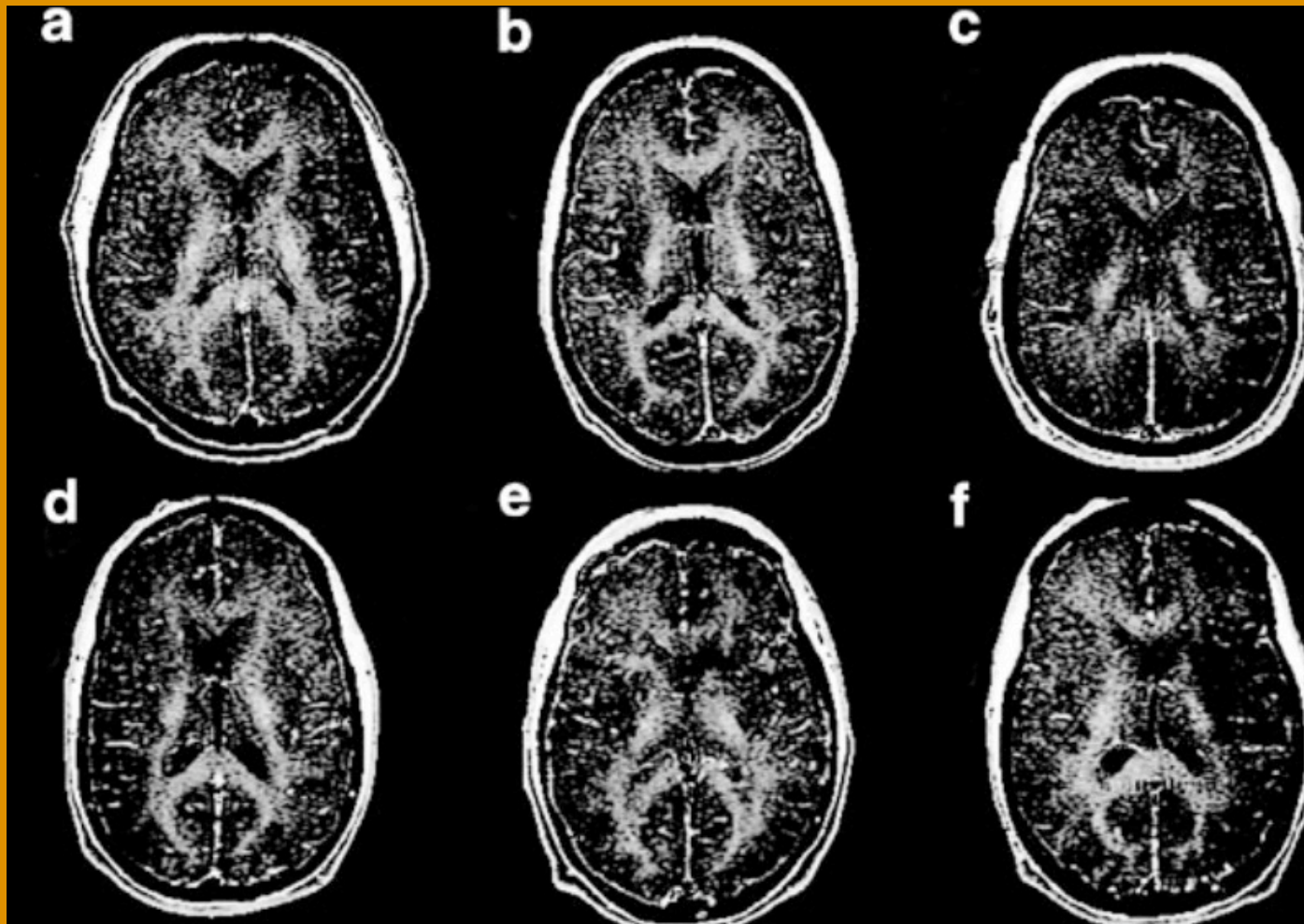


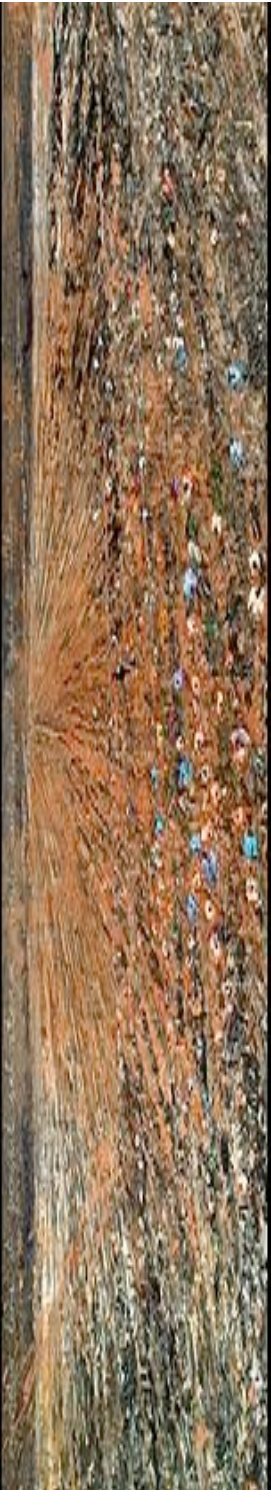
Estudios de neuroimagen

- Inicio Temprano Esquizofrenia (EOS)
- Reducción sustancia gris y alargamiento ventricular.
(A diferencia de la población adulta, el l. temporal no parece comprometido en EOS)
- El proceso del trastorno continua a través del ciclo vital:
 - El perfil/trayectoria de los cambios cerebrales en la esquizofrenia parece ser una exageración del desarrollo cerebral normal.

Rapoport et al., 2005

Flynn et al., 2003





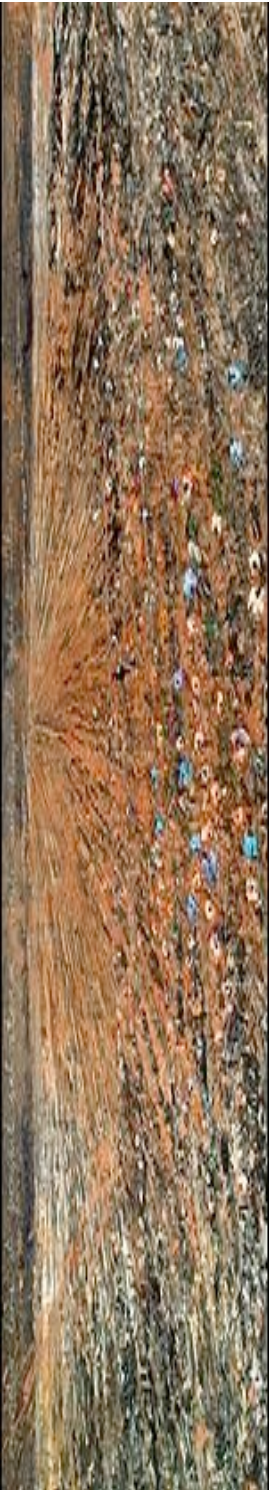
NEUROCOGNICIÓN EN POBLACION ANCIANA CON ESQUIZOFRENIA

■ Pacientes ambulatorios presentan perfil y severidad de los déficits cognitivos consistente con los déficits descritos en pacientes jóvenes (No hay diferencias asociadas a la edad) *Heaton et al., 1994:*

-Perfil de memoria subcortical: deterioro en aprendizaje y evocación con preservación del reconocimiento

-Fluencia semántica < fluencia fonética

■ Empeoramiento selectivo: funciones ejecutivas *Fucetola et al., 2000* y en procesamiento de información compleja *Granholm et al., 2000*



NEUROCOGNICIÓN EN POBLACION ANCIANA CON ESQUIZOFRENIA

■ Estudios longitudinales con pacientes crónicamente institucionalizados:

->65 años: más riesgo de deterioro cognitivo a los 30 meses de seguimiento

-Variables predictoras: bajo nivel educativo y mayor severidad sintomatología positiva *Harvey et al., 1999*

-Perfil mnésico cortical: afectación del aprendizaje, evocación y reconocimiento por igual *Putnam i cols., 1999.*

NEUROCOGNICIÓN EN POBLACIÓN ANCIANA CON ESQUIZFRENIA

- Estudios comparativos con el rendimiento neuropsicológico de los pacientes con demencia tipo Alzheimer (MA)

→EQZ < MA: denominación, praxias constructivas

→EQZ > MA: memoria demorada dels pacientes con MA

Harvey i cols.; 2001; McBride i cols., 2002;

Davidson i cols., 1996



NEUROCOGNICIÓN EN POBLACIÓN ANCIANA CON ESQUIZFRENIA

- Los pacientes institucionalizados presentan un patrón de deterioro cognitivo asociado a la edad diferente del observado en los pacientes con MA y sujetos sanos:

<65 años: estabilidad

>65 años: aumento significativo en el riesgo de deterioro progresivo cognitivo y funcional

Friedman et al., 2001



TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

- Los antipsicóticos atípicos parecen mejorar de forma moderada el rendimiento cognitivo de los pacientes con esquizofrenia en al menos un dominio en comparación a los neurolepticos clásicos *Harvey y Keefe, 2001*
- Los primeros resultados con población anciana también parecen indicar un beneficio cognitivo con los nuevos antipsicóticos *Harvey 2005*

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

- Tratamiento Cognitivo-Conductual (CBT)
- Entrenamiento en Habilidades (ST)
- Cognitive Remediation Therapy (CRT)



TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: CBT

- Ha demostrado su eficacia en la reducción de sintomatología positiva

Rector y Beck, 2001

- Aplicabilidad a población anciana:

-Muchos pacientes geriátricos presentan sintomatología psicótica persistente.

-No hay cambios asociados a la edad en la necesidad de disminuir la sintomatología psicótica.

Harvey, 2005



TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: SST

■ Dirigida reducir los déficits funcionales en distintos dominios (habilidades sociales, instrumentales, auto-cuidado), los cuales persisten en la tercera edad (deprivación):

-Los pacientes con déficits severos en funciones cognitivas como atención sostenida presentan más dificultades para beneficiarse de SST

Green, 1996

-Cambios en las expectativas de la SST aplicada a población anciana con esquizofrenia

Harvey, 2005

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: CRT

■ Se asocia a mejoras significativas en:

-rendimiento neurocognitivo (ES: 0,41)

-funcionamiento psicosocial (ES: 0,36)

-sintomatología (ES: 0,28)

McGurk et al., 2007

■ No hay ningún estudio sobre eficacia de la CRT en población anciana con esquizofrenia.



CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes con esquizofrenia presentan déficits neuropsicológicos en un amplio rango de funciones cognitivas (memoria, atención, funciones ejecutivas y velocidad psicomotora) que se asocian a diferentes disfunciones cerebrales.
2. Estos déficits cognitivos son heterogéneos (no hay perfil NPS asociado a SQZ) y predicen el tipo de recuperación funcional.
3. Estos déficits están presentes desde el primer episodio y se mantienen estables hasta la edad adulta.

CONCLUSIONES

4. A partir de los 65 años el riesgo de sufrir un deterioro progresivo asociado a la edad es mucho más alto en los pacientes con SQZ que en la población sana.
5. En la población anciana con SQZ el perfil de deterioro cognitivo es distinto al que presentan los pacientes con MA, pero el grado global de deterioro es similar en ambas patologías.

LÍNEAS PARA EL FUTURO

- Estudios longitudinales con población anciana.
- Métodos de neuroimagen para determinar las bases neuroanatómicas y los posibles neurocircuitos implicados.
- Rehabilitación cognitiva con población geriátrica.



GRACIAS POR SU ATENCIÓN

PUJOLNURI@HOTMAIL.COM

