

Insight y variables neuropsicológicas en pacientes psicóticos

Ruiz Almazán I, Salgado P, Estallo JA, Astals M, Bulbena A, Ruiz Ripoll AI

Instituto de Atención Psiquiátrica. Hospital del Mar. Barcelona
lruiz@imas.imim.es

Introducción

El déficit de insight es un síntoma prevalente en la esquizofrenia, llegando a estar presente en más del 80% de estos pacientes y es de interés clínico por sus implicaciones a nivel de pronóstico y tratamiento (1, 2). Las teorías neuropsicológicas consideran que el déficit de insight está relacionado con el deterioro cognitivo y en particular con una disfunción de estructuras frontales, aunque no hay consenso respecto al déficit cognitivo específico asociado a la falta de insight (3, 4).

Objetivo

Relacionar el déficit de insight en la esquizofrenia con una disfunción frontal, utilizando una batería centrada en la valoración de funciones ejecutivas y de memoria, entre las que se incluyen la memoria estratégica (5) y prospectiva (6) (con un sustrato frontal) y la asociativa (con un sustrato temporal).

Material y métodos

Se estudiaron 25 sujetos diagnosticados de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo, según criterios DSM-IV, clínicamente estables (tabla 1). La sintomatología clínica se valoró mediante la escala PANSS y el nivel de insight a través de la escala SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) (7). La exploración neuropsicológica, de entre 1.5 y 2 horas de duración, fue administrada por un investigador ciego al nivel de insight de los pacientes. Se realizaron correlaciones entre las medidas neuropsicológicas y de insight y se crearon dos grupos de sujetos en función de las puntuaciones de la escala SUMD, dividiendo aquellos con 'insight' (< 3) y 'no insight' (> 3), para comprar su nivel de ejecución en pruebas cognitivas (U de Mann-Whitney).

Resultados

El rendimiento neuropsicológico del grupo de pacientes no presentaba un nivel elevado de deterioro, las mayores alteraciones se encontraban en los procesos asociados a las funciones ejecutivas y memoria. Respecto a la conciencia de enfermedad, aunque solo un 20% de los pacientes presentaron bajo nivel de insight con puntuación global de la escala SUMD igual o mayor a 3, hasta un 48% de los pacientes tenían déficit de insight en relación a las consecuencias sociales de su trastorno (tabla 2). No se encontraron correlaciones significativas entre la puntuación total de la escala SUMD y las variables cognitivas (tabla 3). Sí había una relación entre los diferentes subíndices de la escala SUMD y medidas de atención-inhibición (STROOP), memoria temporal (TO) y formación de conceptos (WCST) y se identificó una tendencia respecto a la memoria prospectiva, observándose un peor rendimiento en éstas tareas en los sujetos con un bajo nivel de insight. También se halló una asociación significativa con una de las medidas de lóbulo parietal, el subtest de cubos del WAIS-III.

Taula 3. Correlaciones entre medidas neuropsicológicas y de insight (n=25).

| | Índice insight | rho ³ | U Mann-Whitney |
|---|----------------|------------------|----------------|
| MEDIDAS DE MEMORIA ESTRATÉGICA | | | |
| Temporal Ordering | SUMD AT | -.29 (.15) | -2.57 (.010)* |
| MEDIDAS DE LÓBULO FRONTAL (funciones ejecutivas) | | | |
| WCST-64. Número de categorías | SUMD 3 | -.28 (.18) | -2.26 (.024)* |
| MP. Time-based. Respuestas correctas | SUMD 2 | -.39 (.057) | -1.45 (.148) |
| STROOP. PC | SUMD 2 | -.42 (.038)* | -1.66 (.097) |
| MEDIDAS DE LÓBULO PARIETAL (capacidad visoespaial) | | | |
| Cubos | SUMD 3 | -.42 (.035)* | -1.77 (.077) |

*** p < .001; * p < .05

³Coefficiente de correlación de Spearman.

Conclusiones

Estos resultados preliminares sugieren una asociación parcial entre el déficit de insight y la disfunción del lóbulo frontal. La asociación identificada con una de las medidas parietales podría explicarse por el elevado componente de planificación que requiere la tarea. No obstante, los resultados del estudio se han podido ver afectados por el buen nivel de insight y tamaño reducido de la muestra.

Bibliografía

- Amador XF y cols. Awareness of illness in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1991;17:113-132.
- Smith T y cols. The Relative Influences of Symptoms, Insight, and Neurocognition on Social Adjustment in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease 1999;187:102-108.
- Mintz, A.R. y cols. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophrenia Research 2003;61:75-88.
- Shad, M.U. y cols. Insight and frontal cortical function in schizophrenia: A review. Schizophrenia Research 2006;86:54-70.
- Gabrieli JD y cols. Reduced working memory span in Parkinson's disease: evidence for the role of a frontostriatal system in working and strategic memory. Neuropsychology 1996;10(3):322-332.
- Bisiacchi, PS (1996). The neuropsychological approach in the study of prospective memory. In McDaniels M, Brandimonte A y Eisnteins G (eds). Methodological and practical aspects in the study of prospective memory. LEA, NJ pp 297-317.
- Amador XF y Strauss DH. The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder. Columbia University and New York State Psychiatric Institute 1990.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas (n=25).

| | | Medias (DE) | Rango |
|---|------------------------------|-------------|------------|
| Tipo de paciente | Hospitalizado | 23 | |
| | No hospitalizado | 2 | |
| Edad | | 35.9 (9) | [20-54] |
| Sexo | Hombre | 16 | |
| | Mujer | 9 | |
| Años de escolarización | | 10.7 (2.5) | [8-17] |
| Diagnóstico actual. | Esquizofrenia paranoide | 14 | |
| | Esquizofrenia indiferenciada | 2 | |
| | Esquizofrenia residual | 2 | |
| | Trastorno esquizoafectivo | 7 | |
| Años de evolución | | 14.1 (9.3) | [0.9-30.6] |
| Núm. de hospitalizaciones psiquiátricas (lifettime) | | 3.1 (2.9) | [1-15] |
| Escala PANSS. | Síntomas positivos. | 17.6 (6.6) | [7-32] |
| | Síntomas negativos. | 16.8 (8.3) | [7-40] |
| | Psicopatológica general. | 32.2 (7.3) | [20-48] |
| | Puntuación total. | 66.6 (15.4) | [44-100] |

Tabla 2. Puntuaciones directas en medidas neuropsicológicas y de insight (n=25).

| | Medias (DE) | Rango | (-1.5DE) % pacientes deteriorados |
|---|--------------|------------|---|
| INTELIGENCIA PREMÓRBIDA ESTIMADA | | | |
| Vocabulario (WAIS-III) | 38.4 (8.2) | [26-50] | 7.7 |
| MEDIDAS DE MEMORIA ESTRATÉGICA¹ | | | |
| Temporal Ordering (TO). Correlaciones | 05 (.47) | [-.6 / .7] | 48 |
| Self-ordered pointing (SOPT). Span verbal (0-32) | 9.2 (3.1) | [3-14] | - |
| Self-ordered pointing. Errores totales (0-30) | 5.9 (2.2) | [1-10] | 32 |
| Recuerdo libre a largo plazo (TAVEC) | 7.1 (3.3) | [0-14] | 80 |
| MEDIDAS DE MEMORIA ASOCIATIVA | | | |
| Pares Asociados (WMS-R). Aprendizaje | 14.2 (5.6) | [4-22] | - |
| Reconocimiento-Índice de discriminabilidad (TAVEC) | 87.5 (9.4) | [59-100] | 44 |
| Índice de retención a largo plazo (TAVEC) | -5.1 (25.8) | [-50 / 75] | 36 |
| MEDIDAS DE LÓBULO FRONTAL (funciones ejecutivas) | | | |
| WCST-64. Errores perseverativos | 17.7 (12.5) | [2-49] | 24 |
| Número de categorías obtenidas (0-6) | 2 (1.2) | [0-5] | 32 |
| Memoria prospectiva. Time-based. Correctas | .64 (.9) | [0-3] | - |
| Memoria prospectiva. Event-based. Correctas (0-6) | 3.5 (2.3) | [0-6] | - |
| Letras y números (WAIS-III) | 6.8 (2.9) | [1-12] | 32 |
| Dígitos inversos (WAIS-III) (0-14) | 4.6 (2.3) | [0-9] | - |
| Trail Making Test B. Tiempo en segundos | 146.2 (77.1) | [44-360] | 80 |
| STROOP Palabra-color | 32.3 (9.1) | [10-47] | 36 |
| MEDIDAS DE LÓBULO PARIETAL (capacidad visoespaial) | | | |
| Judgment of Line Orientation (Short Form Q) (0-30) | 22.3 (6.1) | [7-30] | 28 |
| Cubos (WAIS-III) | 32.2 (12.4) | [5-55] | 20 |
| Right-Left Orientation Test | 18.1 (2.8) | [12-20] | 20 |
| MEDIDAS DE CONTROL | | | |
| Trail Making Test A. Tiempo en segundos | 47.7 (25.5) | [17-143] | 44 |
| Dígitos directos (WAIS-III) | 7.4 (1.7) | [5-11] | - |
| Claves (WAIS-III) | 47.6 (17.9) | [13-86] | 36 |
| STROOP Palabras | 89.1 (16.5) | [49-125] | 20 |

SCALE TO ASSESS UNAWARENESS OF MENTAL DISORDER (SUMD)²

| | | | (>6= 3) %pacientes 'no insight' |
|--|-----------|-----------|---------------------------------------|
| SUMD1. Trastorno mental | 2 (1.3) | [1-5] | 28 |
| SUMD2. Efectos de la medicación | 1.9 (1.1) | [1-4] | 24 |
| SUMD3. Consecuencias sociales del trastorno mental | 2.3 (1.3) | [1-5] | 48 |
| SUMD CSA. Conciencia de los síntomas actuales | 2.4 (1) | [1.0-4.4] | 40 |
| SUMD AT. Atribución de los síntomas actuales | 2.6 (1.1) | [1.0-5.0] | 36 |
| SUMD TOT. Puntuación media total | 2.2 (0.9) | [1.0-4.5] | 20 |

¹TO y SOPT. Medidas traducidas y adaptadas al español de Gabrieli y cols (1996)

²Rango de puntuación de la escala SUMD (1-insight, 3-insight parcial, 5-no insight)