



## LA REHABILITACIÓN COGNITIVA EN EL TRASTORNO MENTAL SEVERO INSTITUCIONALIZADO

### COGNITIVE REHABILITATION IN LONG-TERM HOSPITALIZED ADULTS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS

A. Llorente; E. Gutierrez; M. Camacho.

Media y Larga Estancia Psiquiátrica (MiLLE), Hospital Benito Menni, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

[anallv@copc.es](mailto:anallv@copc.es)

Rehabilitación cognitiva, Trastorno mental severo.  
Cognitive rehabilitation, Severe mental illness.

#### RESUMEN:

La rehabilitación cognitiva en la psicosis tiene como objetivo remediar y compensar la alteración cognitiva. Se ha validado sobre todo en esquizofrénicos jóvenes, con pocos años de duración de la enfermedad o en situaciones ambulatorias. No hay evidencia en pacientes institucionalizados de larga duración. El objetivo de este trabajo es presentar el programa estructurado de rehabilitación cognitiva grupal desarrollado para los pacientes crónicos de larga duración institucionalizados así como los resultados del estudio piloto naturalístico llevado a cabo con los mismos. Para ello, se incluyeron 34 pacientes con trastornos psicóticos. Se diseñó un programa de rehabilitación cognitiva utilizando los principios de la terapia de remediación cognitiva de Wykes y Reeder, en formato grupal y con tareas de papel y lápiz. Los pacientes se dividieron en 3 grupos en función de su grado de alteración cognitiva. Se realizó una valoración cognitiva basal y al finalizar el programa. Además se realizaron registros de asistencias y observaciones conductuales. La rehabilitación cognitiva se centró en los problemas de orientación, atención, memoria y planificación. Se insistió en la metacognición y se utilizaron las técnicas de aprendizaje sin error. Los pacientes completaron un promedio total de 23 sesiones. Tras la intervención se han obtenido diferencias significativas en algunas de las pruebas realizadas en función del grupo de intervención. En conclusión, el programa elaborado resultó útil para la mayoría de los participantes. Se comenta el programa diseñado y los datos obtenidos en cada uno de los grupos de intervención dentro de las actuales teorías sobre la cognición, la psicosis y la rehabilitación cognitiva.

#### ABSTRACT:

Cognitive rehabilitation in psychosis tries to remedy and compensate cognitive impairment. It has been validated mainly in young schizophrenic people, with few years of disease duration or outpatient situations. There is no evidence in long-term hospitalized patients. The aim of this study was to present a structured program of cognitive rehabilitation for severe, chronic and resistant patients and the results of naturalistic pilot study conducted with them. 34 patients with psychotic disorders entered the study. We developed a cognitive rehabilitation program using the framework of cognitive remediation therapy, in a group format, with paper and pencil tasks. Patients were divided into 3 groups according to their cognitive impairment's degree. Cognitive assessment was performed at the baseline and at the end of the program. We also recorded the assistances and behavioural responses. Cognitive rehabilitation focused on the problems of orientation, attention, memory and planning. We insisted on metacognition, errorless learning and repetition techniques. Patients completed an average total of 23 sessions. There were improvements in a unique test

mainly in an intervention group. The program was useful for most patients. Outcomings will be developed following currents theories of cognition, psychosis and cognitive rehabilitation.

## **INTRODUCCIÓN**

El trastorno mental severo se define en base a tres criterios: a) el diagnóstico de psicosis no orgánicas o trastornos de personalidad; b) la duración superior a 2 años de evolución; c) la alteración de la funcionalidad en la vida cotidiana (1). La disfuncionalidad en la vida cotidiana es evaluada a partir de la Escala de Evaluación de la Actividad Global o escala GAF (2) en dos grados de alteración: disfuncionalidad moderada con puntuaciones GAF inferiores a 70, disfuncionalidad grave con puntuaciones GAF inferiores a 50 (3).

Además de los síntomas psicóticos positivos y negativos, en ocasiones refractarios a los psicofármacos, los pacientes con trastorno mental severo presentan alteraciones en la cognición producidas por un fallo en ciertos procesos del tratamiento de la información (atencionales, mnésicos, ejecutivos, etc) que a su vez repercuten en el autocuidado y el funcionamiento ocupacional, familiar y social (4).

Las guías de práctica clínica sobre la esquizofrenia (5) recomiendan la rehabilitación cognitiva aplicada al entorno para favorecer la adaptación social del paciente sobre todo en la fase estable o de mantenimiento. La rehabilitación cognitiva tendría como objetivo remediar y compensar la alteración cognitiva para minimizar la disfuncionalidad. Se ha validado sobre todo en esquizofrénicos jóvenes, con pocos años de duración de la enfermedad o en situaciones ambulatorias (6, 7, 8). Aunque hay alguna evidencia científica en los pacientes que presentan un trastorno mental severo, persistente y con mayor deterioro cognitivo (9) hay menos evidencia en pacientes institucionalizados de larga duración.

El objetivo primario de este trabajo es presentar el programa estructurado de rehabilitación cognitiva grupal desarrollado para los pacientes crónicos de larga duración institucionalizados. El objetivo secundario es presentar resultados preliminares del estudio piloto naturalístico.

## MÉTODOS

**Pacientes:** Se incluyeron 34 pacientes con trastorno mental severo, 15 mujeres y 19 hombres. La frecuencia de los pacientes por diagnóstico y sexo se muestra en la tabla 1.

Tabla 1: Diagnóstico y sexo		Sexo		Total
		Mujer	Hombre	
Diagnóstico	Esquizofrenia	12	17	29
	Trastorno esquizoafectivo	2	1	3
	Trastorno de personalidad	1	1	2
	Total	15	19	34

Tabla 1. Frecuencia de pacientes incluidos por sexo y por diagnóstico.

La edad promedio fue de 50.85 (DE=8.94, IC 95%=47.73-53.97, Rango 32-65). Los pacientes incluidos presentaban un CI premórbido estimado utilizando la metodología de Bilbao y Seisdedos (10) superior a 85 (media=104.35, DE=15.82, IC 95%=98.83-109.87, Rango 88-148).

**Intervención:** Se diseñó un programa utilizando los principios de la terapia de remediación cognitiva (Wykes y Reeder, 2005), en formato grupal y con tareas de papel y lápiz.

A los pacientes se les dividió en 3 grupos independientes en función de un criterio clínico elaborado por el equipo terapéutico: perfil cognitivo bajo (Cognitiva 1), perfil cognitivo medio (Cognitiva 2) y perfil cognitivo alto (Cognitiva 3). En el perfil cognitivo bajo se consideraron los pacientes con deterioro cognitivo global y con alta afectación funcional en el autocuidado; en el perfil cognitivo medio se consideraron pacientes con un deterioro cognitivo no global sino de predominio en atención, memoria y funciones ejecutivas y con una afectación funcional media en el autocuidado. En el perfil cognitivo alto se consideraron los pacientes con una alteración cognitiva leve, centrada específicamente en atención, memoria y función ejecutiva y con poco impacto en el autocuidado.

La intervención del grupo con perfil cognitivo bajo se centró en mejorar la atención, la memoria procedural y la comprensión. La intervención del grupo con perfil cognitivo medio se centró en mejorar la atención, la memoria procedural y declarativa, la planificación y la inhibición. La intervención del grupo con perfil cognitivo alto se centró en mejorar el control atencional y la inhibición, la memoria declarativa, la memoria prospectiva y la planificación. En todos los grupos se adoptaron las técnicas del aprendizaje sin error, el refuerzo y la práctica distribuida y repetitiva y se adaptaron los ejercicios a la vida cotidiana. En todos los grupos se utilizaron técnicas metacognitivas.

En la tabla 2 se muestra la frecuencia de pacientes incluidos en los grupos por diagnóstico y grupo.

Tabla 2: Diagnóstico y grupo de intervención		Grupo			Total
		Cognitiva	Cognitiva	Cognitiva	
Diagnóstico	Esquizofrenia	12	9	8	29
	Trastorno esquizoafectivo	1	0	2	3
	Trastorno de personalidad	0	2	0	2
	Total	13	11	10	34

Tabla 2. Frecuencia de pacientes incluidos por diagnóstico y grupo de intervención.

**Diseño:** Cuasi-experimental, no aleatorizado y sin grupo control, con tres grupos independientes. Se realizó una valoración cognitiva basal y al finalizar el programa adaptada a cada uno de los

diferentes grupos, con especial alusión a los aspectos atencionales, de memoria y ejecutivos. No hay diferencias de edad en los tres grupos de intervención (Kruskall-Wallis,  $p=.26$ ). Además se realizaron registros de asistencia a las sesiones, así como si el paciente acudía solo o había que ir a buscarlo. Se completó la información con observaciones conductuales no estructuradas durante las diferentes sesiones de intervención. Los análisis estadísticos test-retest se basaron en pruebas no paramétricas.

Aspectos éticos: Se siguieron las recomendaciones de la declaración de Helsinki (11) respecto al consentimiento informado y la confidencialidad y privacidad de los datos.

## RESULTADOS

Los pacientes completan un promedio total de 23 sesiones (DE=9; IC 95%= 20-26; Rango=5-43) considerándolos en conjunto. No hay una diferencia estadística entre el número de sesiones completadas por grupos (Kruskall-Wallis,  $p=.91$ ). El gráfico 1 muestra el box-plot del número de sesiones por grupos de intervención.

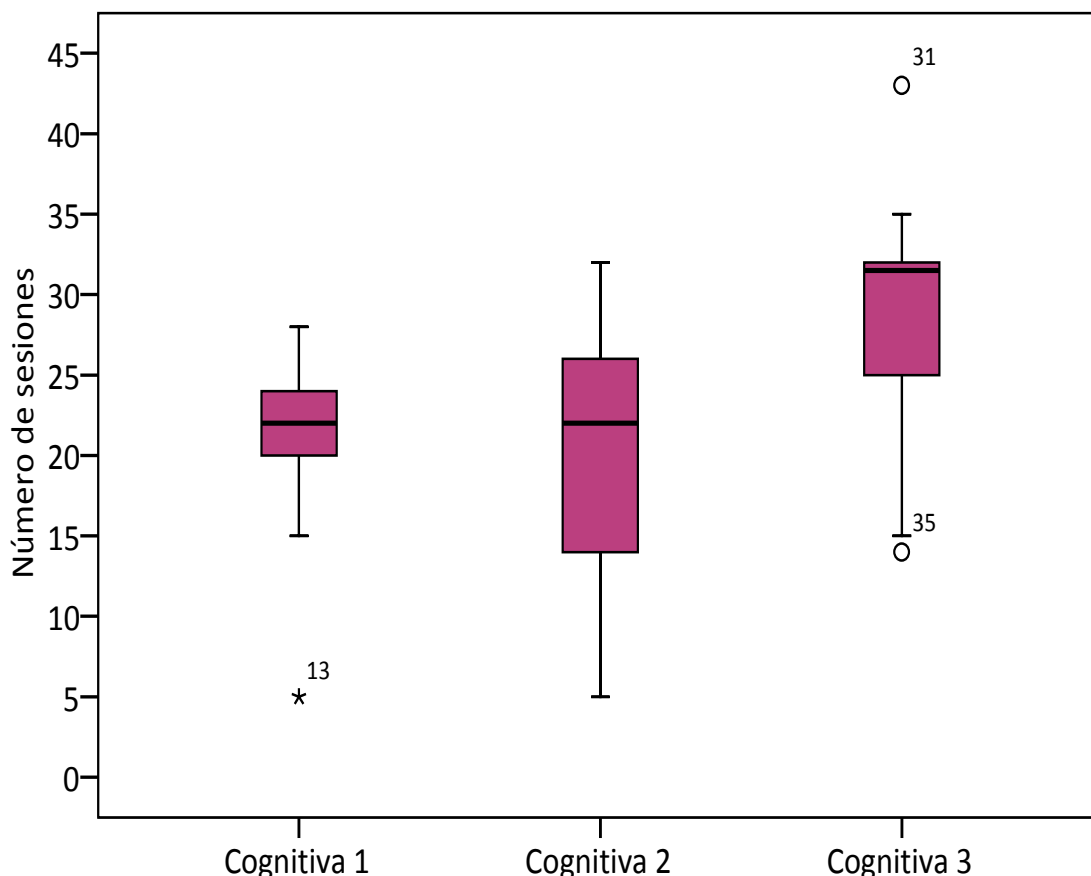


Gráfico 1. Box-plot del número de sesiones realizadas por grupo de intervención.

Las observaciones clínicas del equipo terapéutico han constatado una mejoría en los pacientes de perfil cognitivo bajo así como en los pacientes del perfil cognitivo alto. Todos los pacientes informan de un beneficio en la realización de la actividad, pero los pacientes de perfil cognitivo alto son capaces de especificar más los ámbitos de mejoría.

En el grupo de perfil cognitivo alto, se obtuvo una tendencia a la significación estadística con mejores resultados en el re-test en la prueba de Luria de los 3 gestos (Wilcoxon,  $p=.054$ ). Para ese grupo, en el resto de las pruebas utilizadas, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas.

En el resto de los grupos todavía no hay resultados concluyentes.

## **CONCLUSIONES**

Los programas de rehabilitación cognitiva grupales para el trastorno mental severo institucionalizados de larga duración deben ser estructurados, protocolizados y continuados en el tiempo (12). Deben incluir una intervención específica sobre la orientación, la atención, la memoria y las funciones ejecutivas así como deben utilizar metodologías metacognitivas y técnicas de aprendizaje sin error. Deben aplicarse al entorno para favorecer la adaptación social y estar incluidos dentro de las intervenciones conductuales y psicosociales del trastorno mental severo. El programa elaborado en el estudio piloto resultó beneficioso para la mayoría de los participantes. También resultó útil para los profesionales del equipo terapéutico. En general, los pacientes son más conscientes de la presencia de sintomatología cognitiva concomitante a los otros síntomas de su enfermedad. Los resultados preliminares muestran que el grupo con perfil cognitivo alto obtuvo una tendencia a la mejoría en uno de las pruebas de funcionamiento frontal/ejecutivo. Se requeriría mejorar el diseño metodológico (aleatorización, grupos controles, metodologías de caso único, por ejemplo diseño ABAB) así como aumentar el número de participantes para poder replicar la evidencia científica obtenida en los estudios revisados.

**AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos la participación de los pacientes en el estudio. También queremos agradecer el apoyo de todos los profesionales que trabajan en la Unidad de Media y Larga Estancia Psiquiátrica (MILLE) del C.A.S.M Benito Menni de Sant Boi de Llobregat.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) National Institute of Mental Health. Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System. Washington, DC: NIMH 1987.
- (2) American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4e., texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson 2001.
- (3) Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 149-155.
- (4) Wykes T, Reeder C. Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia. Theory and Practice. London, Routledge Taylor and Francis Group 2005.
- (5) San Emeterio M, Aymerich M, Faus G, Guillamón I, Illa JM, Lalucat L, Martínez C, Sánchez I, Teixidó. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*. 2003.
- (6) Wykes T, Reeder C, Corner J, Williams C, Everitt B. The Effects of Neurocognitive Remediation on Executive Processing in Patients with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25(2):291-307.
- (7) Penadés R, Catalán R, Salamero M, Boget T, Puig O, Guarch J, Gastó C. Cognitive remediation therapy for outpatients with chronic schizophrenia: a controlled and randomized study. *Schizophrenia Research* 2006; 87 (1-3):323-31.
- (8) McGurk SR, Twamley EW, Sitzler D, McHugo GJ, Mueser KT. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2007 ;164: 1791-1802.
- (9) Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A, Romeo R. Cognitive remediation therapy in schizophrenia. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 421-427.
- (10) Bilbao-Bilbao A, Seisdedos N. Eficacia de una fórmula de estimación de la inteligencia premórbida en la población española. *Revista de Neurología* 2004;38: 431-434.
- (11) Asociación Médica mundial. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Anexo A. Hong Kong 1989. Recuperado el 20 de octubre 2003, de <http://www.durg-la.uab.es/miembros/ucf/ECI/helsinki.pdf>.
- (12) Huerta E, Llorente A. Programa piloto de intervención neuropsicológica en esquizofrénicos crónicos envejecidos institucionalizados. *Interpsiquis* 2008.