

Mesa: Evaluación neuropsicológica en psicosis y la importancia de la rehabilitación cognitiva.

Moderadora: Patricia Vega Pérez

Autores:

Patricia Vega Perez^{1,2}, Sara Barbeito Resa^{1,2}, Sonia Ruiz de Azúa García^{1,2,3},
Miryam Fernandez Hernandez^{1,2}, Itxaso González Ortega^{1,2,3}, Mónica Martínez
Cengotitabengoa^{1,2,4} Nuria Colmenero Garcia^{1,2} y Ana González-Pinto
Arrillaga^{1,2,3}

Filiación

1. Hospital Universitario de Álava.
2. CIBERSAM G10.
3. Universidad del País Vasco.
4. UNED, centro asociado de Vitoria

La rehabilitación cognitiva en psicosis

Introducción

Muchos estudios refieren déficits cognitivos en trastorno bipolar y esquizofrenia. En esquizofrenia los estudios concluyen que los déficits se dan de manera generalizada afectando al funcionamiento ocupacional, social, y económico del paciente, si bien las áreas mayormente afectadas son la atención, la memoria, el razonamiento y velocidad de procesamiento (1). Normalmente estos déficits aparecen desde el inicio de la enfermedad.

Hay un estudio que compara el deterioro cognitivo en esquizofrenia teniendo en cuenta la edad del paciente y observa que los déficits se dan desde un inicio de la enfermedad (2).

En trastorno bipolar hay estudios que refieren que los déficits se dan en la memoria verbal, la atención y la función ejecutiva (3,4), otros estudios concluyen que los déficits se dan de manera generalizada (5). Incluso hay autores que afirman que si los test midieran aspectos más ecológicos (3) quizás los déficits encontrados en esquizofrenia y especialmente en trastorno bipolar serían mayores o diferentes a los encontrados con las pruebas

comúnmente utilizadas actualmente, en la cual los resultados son muy similares para ambos trastornos.

En lo que se refiere a la rehabilitación cognitiva tampoco hay un acuerdo, hay diferentes estudios y diferentes opiniones en lo que a su utilidad se refiere.

La mayoría de los estudios concluyen que la rehabilitación cognitiva es efectiva tanto en esquizofrenia como en trastorno bipolar (6). También es importante que para que sea efectiva haya una generalización de las estrategias (7) y otros estudios hablan de la durabilidad del tratamiento, no estando claro cual es el número de sesiones y la frecuencia de las mismas (8), si bien los estudios que obtienen mejores resultados cuando la intervención es duradera y tiene el número suficiente de sesiones como para que se produzca la generalización (9).

La rehabilitación cognitiva en psicosis

Tampoco los programas de rehabilitación cognitiva utilizados son siempre los mismos aunque muchos de ellos son parecidos. Los programas de rehabilitación cognitiva más utilizados en el marco de la esquizofrenia son:

- REHACOP (10,11)
- Integrated Psychological Therapy o IPT (12).
- La Cognitive Remediation Therapy o CRT (8,13).
- Existen otros grupos con una experiencia positiva utilizando programas computerizados de rehabilitación como el programa GRADIOR (14).

En trastorno bipolar lo común es que se utilice la rehabilitación cognitiva utilizada para la esquizofrenia adaptada al trastorno o a las necesidades del paciente, por lo que se necesitan programas de rehabilitación cognitiva para el paciente bipolar (8,15).

Los dominios cognitivos objeto de la rehabilitación neurocognitiva en SQZ y TB

- Atención (8,10,11,12,13,14)
- Memoria verbal (8,10,11,12,13,14)
- Funciones ejecutivas que constituirían (8,10,11,12,13,14)

Además los programas de rehabilitación cognitiva coinciden en que no podemos limitarnos a realizar una intervención exclusivamente neuropsicológica, hay que tener en cuenta:

- Conceptos como la metacognición procedente de la Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia (10,11,16).
- La resolución de problemas, introduciendo propuestas de la Terapia integrada de la esquizofrenia (17).

También hay aspectos dentro de la propia evolución del trastorno que son importantes a la hora de comenzar la rehabilitación cognitiva (8,10,11,18,19):

- Prevenir recaídas tanto en trastorno bipolar como en esquizofrenia es importante. Las recaídas producen deterioro.
- Controlar que horas de sueño, alimentación y actividades de la vida diaria
- Evitar el consumo de alcohol y otras sustancias nocivas
- Controlar la adherencia a la medicación

Áreas de intervención en rehabilitación cognitiva

1. Restauración de la función dañada, estimulando los procesos cognitivos que queremos restaurar. Se lleva a cabo mediante tareas repetitivas siendo efectiva para funciones motoras y atención y no suele ser efectiva para la recuperación espontánea en memoria (10,11, 21,22).

2. Compensación de la función perdida, para mecanismos cerebrales y procesos cognitivos que no pueden ser recuperados. Se utilizan estrategias alternativas y ayudas externas (agendas, alarmas...) (Ojeda 7, Santos 11) (10,11, 21,22).

3. Optimización de las funciones residuales, cuando los procesos cognitivos no se eliminan por completo trabajar para desarrollar otras estructuras no afectadas (10,11, 21,22).

Plan de la RHC

El programa de rehabilitación debe ser individualizado, teniendo en cuenta tanto el patrón de déficit que presenta el paciente como las capacidades preservadas que conserva. Pero en cada caso estableceremos (21,22):

- Objetivos de la rehabilitación- Áreas a rehabilitar
- Estrategias de rehabilitación- Técnicas de rehabilitación
- Programa de la rehabilitación- Niveles que se irán rehabilitando

Además tendremos en cuenta (8,10,11,19, 21,22):

- Tomar una perspectiva multidisciplinar (Integración de diferentes profesionales)
- Tener establecido un orden de prioridades
- La importancia de la intervención precoz (efectividad de la intervención temprana).
- Tiempo necesario de sesiones para el establecimiento nuevos aprendizajes, consolidar habilidades entrenadas y generalización.
- Variables emocionales presentes durante la rehabilitación.

Niveles de generalización en rehabilitación cognitiva

Para que la rehabilitación cognitiva sea eficaz es importante que se produzca la generalización de lo aprendido (8,10,11,21):

- Entre sesiones: Solución de la misma tarea en distintas sesiones.
- Entre tareas: Solución de pruebas distintas a la original pero similares.
- En actividades diarias: Transferencia de lo aprendido en las sesiones a la vida cotidiana.
- A personas: también en interacción con otras personas.
- A comportamientos: estrategias en un problema poder generalizarlo a otros comportamientos.
- Otros ambientes: estrategias en un contexto a otros contextos.

La rehabilitación cognitiva ¿en grupo o individual?

La rehabilitación cognitiva se puede realizar grupal o individual. A nivel individual el paciente será atendido de manera más personalizada. Pero la realización de grupos también tiene sus ventajas (21,23):

- Tener en cuenta una perspectiva real de la naturaleza.
- Refuerzo social y motivación.
- Menor gasto, es más económico

También tiene inconvenientes (21,23):

- Poco específico para cada uno
- Problemas de atención, desvío a otros temas.

Rehabilitación de la memoria

Para la rehabilitación de la memoria se utilizan varias técnicas (10,11,19):

- Ayudas externas: Adaptaciones del medio ambiente para reducir demandas. Ej: libros de notas para recordar acontecimientos, listas de transportes.
- Estrategias mnemotécnicas
- Potenciar los sistemas de memoria preservados

También hay cuadernos de tareas dedicados a los talleres de memoria (24):



Rehabilitación de la atención

Sohlberg y Mateer (25) propusieron 5 niveles de atención y rehabilitación de los mismos:

- Atención focalizada: respuesta diferencial a estímulos visuales auditivos o táctiles.
- Atención sostenida: mantener una actividad continua y repetitiva durante un tiempo determinado.
- Atención selectiva: mantener las respuestas a pesar de tener diferentes distractores.
- Atención alternante: mental, capacidad de cambiar el foco de atención en diferentes tareas.
- Atención dividida: capacidad de responder a varios estímulos simultáneamente.

Para la estimulación de la memoria y de la atención Sardinero posee guías (26) y libros con fichas de ejercicios prácticos (24). En el programa REHACOP (10,11) encontramos también amplia información para su estimulación.



Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas se han definido como los procesos que asocian ideas, movimientos y acciones simples orientándolos a la resolución de conductas complejas (27).

Hay diversas técnicas para la rehabilitación de las funciones ejecutivas, en España el más extendido y sobre el que encontramos información es el REHACOP (10,11).

Además en este programa (10,11) tiene en cuenta de manera global el trastorno tratando otras áreas como son: el lenguaje, la cognición social, las habilidades sociales y las actividades de la vida diaria.

Conclusiones

Los estudios concluyen que los déficit en el funcionamiento cognitivo son amplias tanto en esquizofrenia como en trastorno bipolar (5) relacionándolo con déficit en los recursos personales, baja productividad laboral y baja autonomía.

También los estudios concluyen que la rehabilitación cognitiva mejora estos aspectos en los pacientes si bien tampoco los resultados son similares en todos los estudios ya que el método no es similar en ellos (número de sesiones, grupo control utilizado...).

Por lo tanto se necesitan estudios adicionales para analizar la durabilidad de las ganancias de la rehabilitación cognitiva sobre todo en trastorno bipolar, ya que en este tipo de trastorno hay menos estudios sobre rehabilitación cognitiva que en esquizofrenia.

Se necesitarían además estudios a largo plazo, para ambas patologías y en concreto para el trastorno bipolar ya que muchas veces se concluye que la rehabilitación cognitiva ha dejado de ser efectiva un periodo posterior a su implementación considerando nosotros que esta efectividad se ve disminuida debido a que las sesiones aplicadas son escasas para un aprendizaje y generalización. También consideramos que aunque las sesiones sean suficientes deberían existir “sesiones recordatorio” en las que se resumiera y recordara lo aprendido para que la eficacia se mantuviera en el tiempo.

Otro aspecto que quizá deberíamos mejorar en la práctica clínica es que en muchas ocasiones la rehabilitación cognitiva no se implementa hasta que aparece el déficit, cuando los estudios están hablando de que el déficit aparece desde el primer momento por lo que sería necesario fomentar la rehabilitación desde la aparición de la enfermedad para evitar su desarrollo si es posible y si no el menor impacto en los aspectos psicosociales de la persona afectada.

Bibliografia

1. Keefe RS, Harvey PD. Cognitive impairment in schizophrenia. *Handb Exp Pharmacol*. 2012;(213):11-37.
2. Rajji TK, Voineskos AN, Butters MA, Miranda D, Arenovich T, Menon M et al. Cognitive Performance of Individuals With Schizophrenia Across Seven Decades: A Study Using the MATRICS Consensus Cognitive Battery. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 Oct 10.
3. Torralva T, Strejilevich S, Gleichgerrcht E, Roca M, Martino D, Cetkovich M, et al. Deficits in tasks of executive functioning that mimic real-life scenarios in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2012 Feb;14(1):118-25.
4. Altshuler LL, Ventura J, van Gorp WG, Green MF, Theberge DC, Mintz J. Neurocognitive function in clinically stable men with bipolar I disorder or schizophrenia and normal control subjects. *Biol Psychiatry*. 2004 Oct 15;56(8):560-9.
5. Shippee ND, Shah ND, Williams MD, Moriarty JP, Frye MA, Ziegenfuss JY. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. *Health Qual Life Outcomes*. 2011 Oct 13;9:90.
6. Lewandowski KE, Eack SM, Hogarty SS, Greenwald DP, Keshavan MS. Is cognitive enhancement therapy equally effective for patients with schizophrenia and schizoaffective disorder? *Schizophr Res*. 2011 Feb;125(2-3):291-4.
7. Stern T, Sin J. Implementing a structured psychosocial interventions group programme for people with bipolar disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012 Mar;19(2):180-9. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01816.x. Epub 2011 Sep 20.
8. Anaya C, Martinez Aran A, Ayuso-Mateos JL, Wykes T, Vieta E, Scott J. A systematic review of cognitive remediation for schizo-affective and affective disorders. *J Affect Disord*. 2012 Jul 25. [Epub ahead of print].
9. Levaux MN, Fonteneau B, Larøi F, Offerlin-Meyer I, Danion JM, Van der Linden M. An individualized and everyday life approach to cognitive rehabilitation in schizophrenia: a case illustration. *Rehabil Res Pract*. 2012;2012:928294. Epub 2012 Sep 10.

10. Ojeda N, Peña J, Bengoetxea E, Garcia A, Sánchez P, Elizagárate E et al. Evidence of the effectiveness of cognitive rehabilitation in psychosis and schizophrenia with the REHACOP programme. *Rev Neurol*. 2012 May 16;54(10):577-86.
11. Ojeda N, Peña J, Bengoetxea E, García A, Sánchez P, Elizagárate et al. REHACOP: a cognitive rehabilitation programme in psicosis. *Rev Neurol*. 2012 Mar 16;54(6):337-42.
12. Mueller DR, Schmidt SJ, Roder V. Mueller DR, Schmidt SJ, Roder V. Integrated Psychological Therapy: Effectiveness in Schizophrenia Inpatient Settings Related to Patients' Age. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 Mar 15. [Epub ahead of print].
13. Penadés R, Catalán R, Pujol N, Masana G, García-Rizo C, Bernardo M. The integration of cognitive remediation therapy into the whole psychosocial rehabilitation process: an evidence-based and person-centered approach. *Rehabil Res Pract*. 2012;2012:386895.
14. Moragriega A. Estudio comparativo sobre la eficacia de los tratamientos de rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia de un centro de rehabilitación psicosocial.. *Información psicologica*, 2012 Abril, 20-32.
15. Sajatovic M, Levin J, Tatsuoka C, Micula-Gondek W, Fuentes-Casiano E, Bialko CS et al. Six-month outcomes of customized adherence enhancement (CAE) therapy in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2012 May;14(3):291-300.
16. Reeder C, Rexhepi-Johansson T, Wykes T. Different components of metacognition and their relationship to psychotic-like experiences. *Behav Cogn Psychother*. 2010 Jan;38(1):49-57. Epub 2009 Oct 26.
17. Bellack AS, Sayers M, Mueser KT, Bennett M. Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 1994 May;103(2):371-8.
18. Barbeito S, Vega P, Gonzalez-Pinto A. Estudio de casos y controles: la eficacia de la intervención psicoeducativa en la sobrecarga experimentada por familiares de pacientes bipolares. *Investigación Comisionada*. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2011. Informe nº: Osteba D-11-02.

19. Vieta A, De Peri L, Barlati S, Cacciani P, Deste G, Poli R et al. Effectiveness of different modalities of cognitive remediation on symptomatological, neuropsychological, and functional outcome domains in schizophrenia: a prospective study in a real-world setting. *Schizophr Res*. 2011 Dec;133(1-3):223-31. Epub 2011 Sep 9.
20. Santos JL, Bausela E. Rehabilitación neuropsicológica. *Papeles del Psicologo*. 2005.90 ISSN 0214 – 7823.
21. Muñoz Céspedes, J.M., Tirapu Ustárroz, J. Rehabilitación Neuropsicológica. 2001. Madrid . Síntesis.
22. González-Pinto A, Vega P, Ibáñez B, Mosquera F, Barbeito S, Gutiérrez M et al. Impact of cannabis and other drugs on age at onset of psychosis. *J Clin Psychiatry*. 2008 Aug;69(8):1210-6.
23. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*. 2010 Jan;36(1):48-70. Epub 2009 Dec 2.
24. Maroto M. Taller de Memoria. TEA Ediciones.
25. Sohlberg MM, Mateer CA. Improving attention and managing attentional problems. Adapting rehabilitation techniques to adults with ADD. *Ann N Y Acad Sci*. 2001 Jun;931:359-75.
26. Sardinero A. Guía básica de estimulación cognitiva para adultos. 2010 GrupoGesfomedia S.L.
27. Tirapu-Ustárroz J, Muñoz-Céspedes J.M, Pelegrín-Valero C. Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Rev Neurol*. 2002, 34(7):673-685.

Preguntas:

La rehabilitación cognitiva en trastornos psicóticos:

- a) Es efectiva mientras haya una generalización de las estrategias.
- b) Depende de la durabilidad del tratamiento.
- c) Debería implementarse lo antes posible
- d) Todas son correctas

La Atención alternante es:

- a) La respuesta diferencial a estímulos visuales auditivos o táctiles.
- b) Mantener las respuestas a pesar de tener diferentes distractores.
- c) Flexibilidad mental, capacidad de cambiar el foco de atención en diferentes tareas.
- d) Capacidad de responder a varios estímulos simultáneamente.