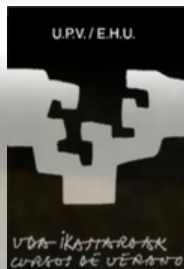


SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA



Asociación Española
de Psicología Conductual

Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

San Sebastián, 2011

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Libro de capítulos del IX Congreso Nacional de
Psicología Clínica



Compiladores:
Raúl Quevedo-Blasco
Víctor J. Quevedo-Blasco

San Sebastián 7, 8 y 9 de julio de 2011

IX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
© Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
IX CONGRESO NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
San Sebastián 7, 8 y 9 de julio de 2011
Edita:
Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
Avda. Madrid, S/N, Edif. Eurobequer Bajo, 18012 Granada.
Tel: +34 958 273460.
Fax: +34 958 296053.
eMail: info@aepec.es.
Web: <http://www.aepec.es>.
Printed in Spain
ISBN: 978-84-694-3972-2



EVIDENCIAS DE EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA CON EL PROGRAMA REHACOP

Bengoetxea, E.^{*1}, Ojeda N.^{*/****}, Segarra R.^{**/****}, Sánchez P.M.^{***}, García J.^{**}, Peña J.^{*}, García A.^{*}, Eguíluz J.I.^{**/****} y Elizagárate, E.^{***}

**Departamento de Fundamentos y Métodos de la Psicología. Universidad de Deusto*

***Unidad de Primeros Episodios Psicóticos, Hospital de Cruces*

****Unidad de Psicosis Refractaria, Hospital Psiquiátrico de Álava*

*****CIBERSAM, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental*

Introducción

La presencia de deterioro cognitivo en la esquizofrenia cuenta con múltiples evidencias en la actualidad (Macgurk, Twamley, Sitzter, McHugo y Mueser, 2007). Ninguna de las capacidades cognitivas se encuentra dentro de los límites de normalidad esperables (Wykes y Hddy, 2009) y autores como Green (2003) sostienen que estos déficits cognitivos interfieren en el grado de funcionalidad y autonomía del paciente.

La ineficacia de los tratamientos terapéuticos y farmacológicos habituales frente a esta problemática, supuso la inclusión de la neuropsicología y la creación de programas de rehabilitación cognitiva para la psicosis como terapias alternativas (Davidson *et al.*, 2009). La literatura nos da a conocer la gran variedad de programas de rehabilitación en psicosis existentes (Tomás, Fuentes, Roder y Ruiz, 2010).

El carácter heterogeneo de los programas, así como las diferencias en los estudios de eficacia de los mismos; ha alimentado polémicos debates en los últimos años (Wykes y van der Gaag, 2001). En la actualidad, existen al menos 11 meta-análisis que revisan la eficacia de esta forma de tratamiento. Sin duda las dos revisiones más relevantes son los publicados por McGurk *et al.* (2007) y el grupo de trabajo de la guía NICE (2009). En ambos estudios, los autores sugieren que los efectos favorables de la rehabilitación cognitiva se difuminan, quedando ésta solamente favorecida cuando es incluida en un paquete con varias medidas rehabilitadoras. Sin embargo, en un meta-análisis reciente de Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, y Czobor (2011) se postula que los programas de rehabilitación cognitiva muestran un efecto de leve a moderado, independientemente de la metodología de cada programa y la severidad del paciente.

Nuestro equipo ha creado un programa de rehabilitación neuropsicológica estructurado en castellano diseñado para pacientes con psicosis o esquizofrenia, llamado REHACOP (Rehabilitación Cognitiva en Psicosis. Ojeda y Peña, 2007). Para una detallada descripción del programa y sus características, se recomienda la revisión de Ojeda, Peña, Sánchez, y Bengoetxea, (2010). El objetivo de este trabajo es encontrar evidencias a favor de la eficacia del REHACOP como programa proveedor de mejoras cognitivas, clínicas y funcionales en los pacientes con psicosis.

Método

La investigación consistió en un estudio longitudinal prospectivo con dos momentos de medida. 72 horas después de la derivación al Servicio de Psiquiatría del Hospital de Cruces o al Hospital Psiquiátrico de Álava, los pacientes eran evaluados clínicamente por su

¹ Eneritz Bengoetxea. E-mail: eneritz.bengoetxea@deusto.es

Agradecimientos. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco 2008111010. El Departamento de Educación y Ciencias del Gobierno Vasco (beca del Programa de Formación de Investigadores del Departamento de Educación, Universidades e Investigación BFI 09.123); y EITB-Maratoia (BIO09/EM/023 y BIO09/EM/015).

psiquiatra de referencia. La exploración neuropsicológica y la asignación aleatoria al grupo de tratamiento (experimental vs. control) se realizaron una vez alcanzada la estabilidad del paciente. Transcurridos los tres meses de tratamiento, todos los participantes volvían a ser evaluados clínica y neuropsicológicamente.

El área clínica se evaluó mediante la versión española de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS). Se administraron también la versión española de la escala de Manía de Young la escala de depresión Montgomery-Asberg (Montgomery y Asberg, 1979), y escala SUMD de insight. La evaluación funcional se llevó a cabo mediante la administración de la Escala de Actividad General (EEAG) Escala de Discapacidad Funcional de la OMS (WHO-DAS) y la escala de Impresión Clínica Global (ICG). Finalmente, en la exploración neuropsicológica se valoraron diversos dominios cognitivos mediante la administración de los siguientes tests: Hopkins Verbal Learning Test, Evocación Categorical en Asociaciones del Test Barcelona Trail Making Test-Partes A y B y Subtests Clave de Números, Dígitos, y Búsqueda de Símbolos de la Escala de Inteligencia de Adultos de Wechsler (WAIS-III).

Los criterios de inclusión del estudio requerían que el paciente: (a) tuviera entre 18 a 65 años, (b) tener diagnóstico de esquizofrenia, (c) acceso a un familiar o informador, y (d) firmar el consentimiento informado aprobado por el comité de ética de los centros colaboradores. Los criterios de exclusión incluían: (a) retraso mental –CI inferior a 75–, (b) historial de pérdida significativa de conciencia, (c) abuso de sustancias, (d) problemas neurológicos relevantes, o (e) incompatibilidad terapéutica.

La muestra final incluía 93 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, 51 de los cuales recibieron rehabilitación cognitiva con el programa REHACOP (grupo experimental) y 42 participaron en el grupo control. Mediante 36 sesiones de 90 minutos de duración, el grupo experimental recibió entrenamiento en dominios cognitivos y funcionales tales como: atención, aprendizaje y memoria, lenguaje, funciones ejecutivas (FFEE), habilidades sociales (HHSS), actividades de la vida diaria (AVD) y psicoeducación. El grupo control atendió a sesiones de terapia ocupacional con la misma frecuencia y duración que el grupo experimental.

Resultados

Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versión 16. Los datos obtenidos fueron analizados mediante análisis de la variancia de medidas repetidas (MANCOVA), siendo controlada la influencia de la variable sexo como covariable debido a la presencia de diferencias significativas inter-grupo en la evaluación basal.

Tal y como puede observarse en la Tabla 1, se encontraron diferencias intra-grupo significativas en la mayoría de medidas cognitivas obtenidas. Este hallazgo indica la presencia de una mejoría significativa entre la condición pre-test y post-test de todos los participantes. Los análisis de interacción Grupo X Tiempo para cada una de las variables estudio (Tabla 1) reflejan que las ganancias obtenidas por el grupo experimental son significativamente mayores que las del grupo control en las tareas de HVLT-aprendizaje, HVLT-memoria largo plazo, HVLT-reconocimiento, Stroop-PC, troop-interferencia, Dígitos directos e indirectos del WAIS-III y Fluidez Fonológica.

Tabla 1. MANOVA de medidas repetidas comparando el rendimiento cognitivo pre-test y post-test en las áreas cognitivas del Grupo Rehacop y Grupo Control. Efectos de grupo, tiempo e interacción grupo X tiempo.

	Grupo		Tiempo		Grupo X Tiempo	
	F	p	F	p	F	p
HVLT aprendizaje	0.1	0.77	9.2	<0.01	14.8	<0.001
HVLT largo plazo	0.35	0.55	18.2	<0.001	16.9	<0.001
HVLT reconocimiento	0.1	0.78	8.3	<0.01	4.6	<0.05
Stroop-p	0.6	0.43	1.3	0.25	0.1	0.81
Stroop-c	1.2	0.27	0.3	0.58	1.9	0.16
Stroop-pc	0.3	0.53	11.3	<0.001	11.0	<0.01
Stroop-interferencia	0.6	0.43	10.8	<0.001	5.9	<0.01
Dígitos directos	0.1	0.99	8.5	<0.01	7.1	<0.01
Dígitos indirectos	0.2	0.63	1.6	0.20	8.1	<0.01
Dígitos Suma	0.1	0.78	8.3	<0.01	14.3	<0.001
TMT-A	0.0	0.99	1.5	0.21	1.1	0.28
TMT-B	0.6	0.42	3.4	0.06	2.7	0.10
Fluidez fonológica	0.1	0.85	13.6	<0.001	6.9	<0.01
Fluidez semántica	0.9	0.35	13.8	<0.001	0.6	0.43
Clave números	0.1	0.82	15.1	<0.001	0.8	0.37
Búsqueda símbolos	0.1	0.85	7.2	<0.01	0.6	0.44

HVLT = Hopkins Verbal Learning Test; TMT-A = Trail Making Test-Parte A; TMT-B = Trail Making Test-Parte B.

Por otro lado se encontraron diferencias intra-grupo significativas en sintomatología clínica y funcional, indicando la presencia de mejoras significativas entre la condición pre y post tratamiento (Tabla 2). Los resultados de la interacción Grupo X Tiempo demuestran que el grupo experimental obtuvo una mejoría significativamente mayor en comparación al grupo control en medidas de insight, manía, e impresión clínica global (CGI); mientras que se observó una tendencia a la significación en las puntuaciones obtenidas en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

Tabla 2. MANOVA de medidas repetidas comparando las puntuaciones clínicas y funcionales pre-test y post-test del Grupo Rehacop y Grupo Control. Efectos de grupo, tiempo e interacción grupo X tiempo.

	Grupo		Tiempo		Grupo X Tiempo	
	F	p	F	p	F	p
PANSS Positivos	12.7	<0.01	138.6	<0.001	0.8	0.41
PANSS Negativos	1.9	0.16	0.6	0.42	1.5	0.23
PANSS General	17.4	<0.001	59.1	<0.001	2.4	0.13
Insight	0.9	0.32	1.7	0.21	3.9	<0.05
Depresión	0.1	0.76	0.3	0.56	2.6	0.12
Manía	0.3	0.59	5.6	<0.05	5.9	<0.05
EEAG	3.7	0.06	0.1	0.81	3.2	0.08
ICG	6.9	<0.05	0.1	0.83	5.3	<0.05
WHO-DAS	2.0	0.16	0.5	0.46	0.2	0.67

Discusión

Los pacientes asignados aleatoriamente al grupo experimental con el REHACOP, mostraron una mejoría cognitiva significativa respecto al grupo control en dominios cognitivos relacionados con el aprendizaje y memoria, fluidez verbal y, en menor medida, en atención.

Adicionalmente, los pacientes del grupo REHACOP obtuvieron una mejoría significativa en el nivel de conciencia de enfermedad, en la severidad clínica global del paciente y en su situación afectiva. La evidencia de mejoría en el nivel de insight es un dato poderoso en sí mismo, dado que muchos estudios han sugerido que este es uno de los síntomas más refractarios al tratamiento y que además está presente en un porcentaje altísimo de pacientes con psicosis y esquizofrenia.

En lo que a funcionalidad se refiere, la falta de significación de la tendencia positiva hallada, no nos permite verificar la influencia beneficiosa de la rehabilitación cognitiva en la mejora funcional. No obstante, algunas revisiones de la literatura han encontrado un impacto significativo en las actividades de la vida diaria de los pacientes con intervenciones de similar duración y características al REHACOP (McGurck y Mueser, 2008). Por consiguiente, será necesario seguir analizando la influencia del REHACOP en futuros análisis con mayor muestra, así como incluir escalas subjetivas de funcionalidad para conocer la percepción de mejora del propio paciente.

Otra de las limitaciones del estudio reside en la falta de evaluaciones de seguimiento que arrojen información acerca del efecto a largo plazo del programa rehabilitador. En la actualidad, se están llevando a cabo evaluaciones anuales de todos los pacientes que participaron en el estudio, con la intención de exponer estos hallazgos en futuros encuentros científicos.

En resumen, los resultados del estudio nos llevan a concluir que el programa de rehabilitación cognitiva REHACOP ha demostrado ser eficaz en la mejora de la sintomatología cognitiva y clínica de los pacientes; además de una posible mejora de la funcionalidad.

Referencias

- Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C. y Strauss, D.H. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of Gen Psychiatry*, 51, 826-836.
- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed. rev.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Davidson, M., Galderisi, S., Weiser, M., Werbeloff, N., Fleischhacker, W.W. y Keefe, R.S. (2009) Cognitive effects of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: A randomized, open-label clinical trial (EUFEST). *American Journal of Psychiatry*, 166, 675-82.
- Green, M.F. (2003). *Schizophrenia revealed. From neurons to social interactions*. New York: W.W. Norton y Company.
- McGurk, S.R. y Mueser, K.T. (2008). Response to cognitive rehabilitation in older versus younger persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 90-105.
- McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzer, D.I., McHugo, G.J. y Mueser, K.T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1791-802.
- National Collaborating Center for Mental Health (Ed.) (2009). Cognitive-behavioural therapy. En National Collaborating Centre for Mental Health, *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary care and secondary care*. London: Royal College of Psychiatrists y British Psychological Society.
- Ojeda, N., Peña, J., Sánchez, P. y Bengoetxea, E. (2010). La rehabilitación neuropsicológica en psicosis II: El programa rehacop. En Ezcurra, J., Gutiérrez, M., Gonzalez-Pinto, A. (Eds.), *Esquizofrenia: sociogénesis, psicogénesis y condicionamiento biológico* (pp. 471-495). Madrid: Aula Médica.
- Tomás, P., Fuentes, I., Roder, V. y Ruiz J.C. (2010). Cognitive rehabilitation programs in schizophrenia: current status and perspectives. *International Journal of Psychological Therapy*, 10, 101-204.
- Wykes, T. y Huddy, V. (2009). Cognitive remediation for schizophrenia: It is even more complicated. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 161-167.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S.R. y Czobor P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168, 472-585.
- Wykes, T., y Van der Gaag, M. (2001) Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis--cognitive remediation therapy (CRT)? *Clinical Psychology Review*, 21, 1227-1256.