

9ª XORNADA

NEUROPSICOLOXÍA
E REHABILITACIÓN
NEUROCOGNITIVA
EN DROGODEPENDENCIAS



EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN “EL TRISQUEL” EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA: ESTUDIO NEUROPSICOLÓGICO



Olga Gutiérrez Martínez

Psicóloga Clínica. Servicio de Psiquiatría del Área de Gestión Integrada de Vigo. Grupo de Investigación en Neurociencia Traslacional IISGS

ÍNDICE

CUESTIONES más TEÓRICAS

- ✓ **DETERIORO COGNITIVO EN ESQUIZOFRENIA**
- ✓ **REHABILITACIÓN COGNITIVA EN ESQUIZOFRENIA**

CUESTIONES más EMPÍRICAS

- ✓ **INTEGRACIÓN DEL **TRISQUEL** EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: EFECTOS NEUROPSICOLÓGICOS, SINTOMATOLÓGICOS, FUNCIONALES**

Metodología, resultados, conclusiones...

DETERIORO COGNITIVO EN ESQUIZOFRENIA (DCE)

- Se estima que entre el **60 y el 80%** de los pacientes con esquizofrenia presentan déficits cognitivos (DC)
- DC **característica nuclear** de la esquizofrenia...
- Hay DC desde la **fase prodrómica**, en pacientes con y sin medicación, y también en familiares
- Gravedad DCE** relativamente independiente sintomatología: a veces persiste cuando han remitido los síntomas positivos e incluso los negativos (DC no secundario a otros factores)
- Curso de los DCE** parece ser relativamente estable
- Las alteraciones afectan a casi todas las funciones cognitivas, mayor repercusión **atención, memoria, ejecutivas**
- DCE correlaciona mejor que los síntomas con el **funcionamiento social** (DCE importante predictor desempeño psicosocial)

Déficits diversos pero los más consistentes ...

MEMORIA: Dificultades en memoria declarativa, episódica y semántica, que incluyen déficits tanto en la adquisición (codificación) como en el almacenamiento (recuperación)...

FUNCIONES EJECUTIVAS: Déficits en tareas de planificación, toma de decisiones, flexibilidad cognitiva, resolución de problemas memoria de trabajo... Algunos expertos consideran los déficits en **MT** – sistema que mantiene y manipula la información de manera temporal- **núcleo central del DCE**, dada su vinculación con la corteza prefrontal e hipofrontalidad característica de esquizofrenia

ATENCIÓN: Limitación general de recursos atencionales con consiguiente bajo rendimiento en un amplio conjunto de tareas: atención selectiva (no diferenciar entre estímulos relevantes e irrelevantes, filtro excesivamente abierto), atención sostenida (errores de omisión y comisión) atención dividida, etc.

REHABILITACIÓN COGNITIVA EN ESQUIZOFRENIA I

- RC se ha convertido en objetivo prioritario en el tratamiento de la esquizofrenia, especialmente al demostrarse su importancia de cara a la recuperación funcional
- Meta-análisis con más de 2000 participantes (Am J Psychiatry, 2011) concluye que la RC tiene **efectos beneficiosos** en pacientes con esquizofrenia y que cuando se combina con programas de rehabilitación sus beneficios se generalizan a la **capacidad funcional y síntomas clínicos**
- Además, evidencias de **impacto significativo** de RC en **actividad cerebral**, con aumento de actividad en regiones prefrontales y cortex cingulado anterior, mejora de la transferencia de información interhemisférica entre las cortezas prefrontales bilaterales via cuerpo calloso, etc.

REHABILITACIÓN COGNITIVA EN ESQUIZOFRENIA II. **Ejemplos:**

-TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA, IPT (Roder y Brenner)

programa multicomponente, grupal y jerárquico con módulos dirigidos en primer lugar a rehabilitación funciones cognitivas, y con módulos posteriores de rehabilitación psicosocial de HH interpersonales complejas

-COGNITIVE REMEDIATION THERAPY (CRT) (Wykes y Reeder, 2005), otro tratamiento basado en la evidencia que consiste en 40 sesiones individuales, con tareas de papel y lápiz para poner en práctica habilidades cognitivas agrupadas en tres módulos (flexibilidad cognitiva, memoria de trabajo y planificación). Estudios de Rafael Penadés, UB

-REHACOP (Natalia Ojeda y cols.) programa de rehabilitación neuropsicológica para psicosis y esquizofrenia diseñado por especialistas de Universidad de Deusto (Grupal, con 8 módulos: Atención; Lenguaje; Memoria; F. ejecutivas; Actividades de vida diaria; Habilidades sociales; Cognición social; Psicoeducación)

❖ En resumen, las mejoras en cognición en Esquizofrenia se han encontrado usando **diferentes aproximaciones** conceptuales y teóricas, con **métodos** basados tanto en ordenador como en papel y lápiz, en **formatos** grupal e individual...

❖ Los estudios muestran la necesidad de diseñar intervenciones y tareas neurocognitivas que compensen los **déficits motivacionales** característicos de pacientes con esquizofrenia

❖ En ese contexto, nos planteamos qué utilidad puede tener “**El Trisquel**”, un programa de rehabilitación neuropsicológica en **formato de juego de mesa** en pacientes con esquizofrenia?

❖ Con el empuje de **experiencias anteriores positivas** con otros juegos como herramientas de rehabilitación: “El tren” (juego de mesa, EOXI Vigo), eMotional training (videojuego, EOXI Orense), Soskitrain (realidad virtual), etc.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

PARTICIPANTES

Pacientes a **tratamiento ambulatorio** en el centro de Rehabilitación Psicosocial Lenda (Redondela, Vigo) y en el Hospital de Día de Psiquiatría Nicolás Peña (Vigo)

Criterios de **inclusión**: diagnóstico de esquizofrenia DSMV;

Criterios de **exclusión**: retraso mental, daño neurológico moderado o severo, proceso psiquiátrico agudo, ausencia de deterioro cognitivo (MOCA > 26)

N = 24 pacientes

Edad media: 38.42 años (DT 10.5); 20 hombres y 4 mujeres

Nivel educativo medio: 10 años

100% prescripción de antipsicóticos

Tiempo medio evolución: 16 años

Asignación aleatoria G. Control (n = 11) y Experimental (n = 13)

PROCEDIMIENTO

Aprobación Comité Autonómico de Ética de Investigación Galicia

Información y firma de consentimiento informado

Participación voluntaria; Ley de protección de datos

EVALUACIÓN: Todos los pacientes realizaron evaluación clínica y neuropsicológica antes y después de recibir intervención

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Subtests Índice Velocidad Procesamiento WAIS (CN y BS)

Subtests Índice Memoria de Trabajo WAIS (D, A y LyN)

Test Stroop

TMT

Fluidez fonémica y semántica

EVALUACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL

Cuestionario sintomatología SCL-90-R

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

Cuestionario de Salud SF-36

REHABILITACIÓN COGNITIVA

TRATAMIENTO TRISQUEL Y TRATAMIENTO CONTROL

Todos los pacientes recibieron RC en contexto de tratamiento **biopsicosocial**, consistente en programas de rehabilitación implementados por **equipo multidisciplinar** (psicólogo clínico, psiquiatra, enfermería, terapeuta ocupacional)

TRATAMIENTO TRISQUEL (n = 13)

Programa de intervención en formato de juego de mesa que combina estrategias de **psicoeducación** y **estimulación cognitiva**

Compuesto de un tablero, fichas y bloques temáticos de tarjetas con 1105 pruebas teórico-prácticas.



- Desarrollado en UAD Cedro (Vigo), por Adolfo Piñón, en colaboración con Érguete, Lenda, Hogar Gerasa, UGR, UNIR
- Dinámica del juego puede equipararse a popular Trivial *pero*
- Fundamental la figura del **moderador** (profesional cualificado que introduce ayudas ajustadas a dificultades de cada participante para contrarrestar frustración y minimizar errores, aporta elementos adicionales para llevarlos más allá de cada tarea, motiva, da feedback, maneja el grupo y contexto de la sesión....
- Graduación estructurada de la dificultad (**jerarquización**)
- **Contenido** de las pruebas (1.105 agrupadas en bloques), no solo verbales, también manipulativas y de representación (roleplaying)

-Aunque incluye otros bloques temáticos, en este estudio:

👉 Bloques de **psicoeducación** (salud mental, tabaquismo y alimentación saludable)

👉 **Habilidades Sociales** (pragmática de la comunicación)

👉 **Funciones ejecutivas** (planificación, inhibición, expresión y reconocimiento emocional, ToM)

👉 Pruebas **cognitivas manipulativas** (psicomotricidad, HH visoconstructivas)

👉 Pruebas **cognitivas verbales** (atención, memoria, fluidez verbal, cálculo)

- Los pacientes recibían **24 sesiones** de +/-60 minutos 2 veces/sem durante **3 meses**. Las sesiones se llevaban a cabo en grupo de un máximo de 6/7pacientes



TRATAMIENTO CONTROL (n =11)

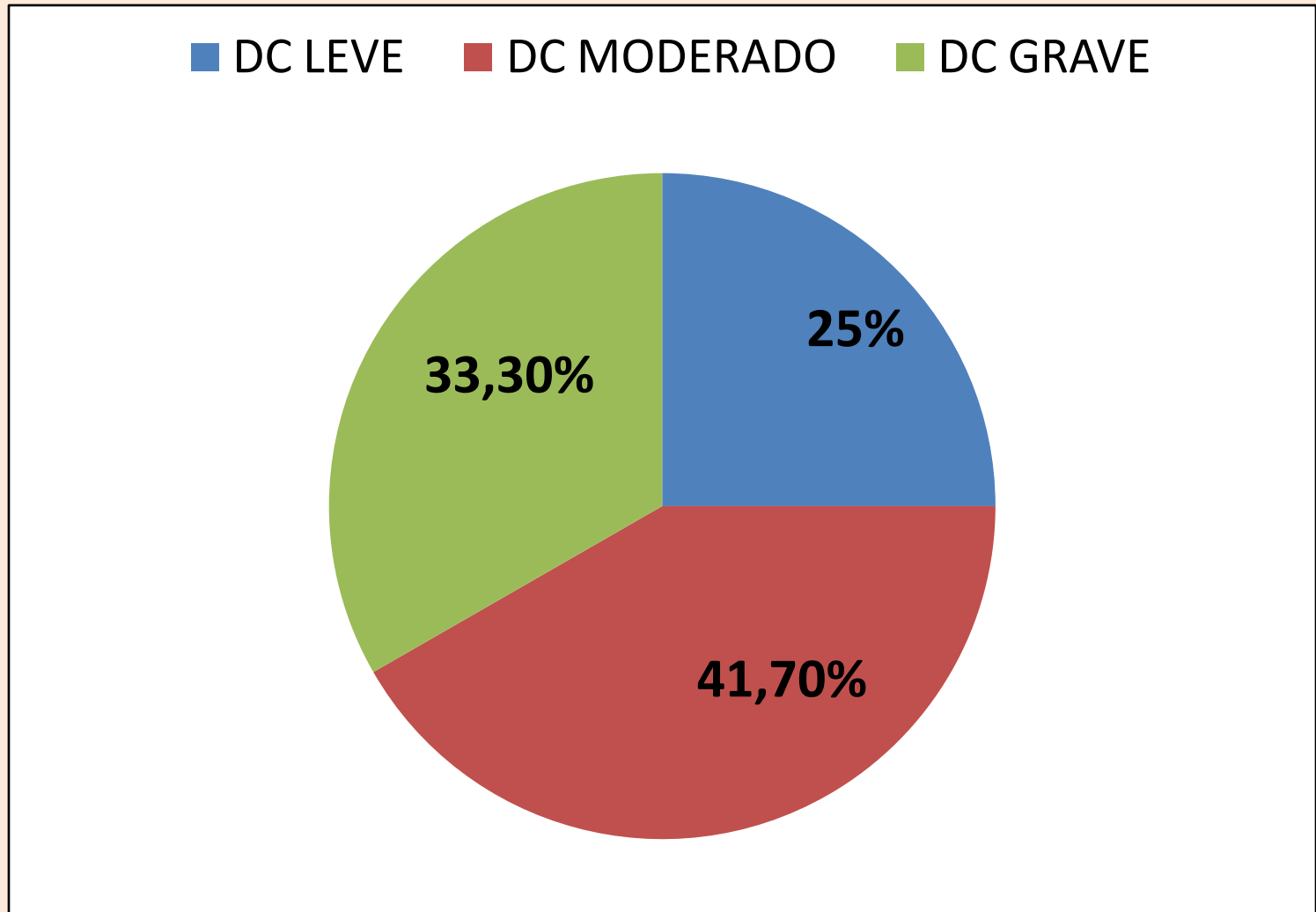
Los pacientes del GC realizaron 24 sesiones consistentes en la práctica repetida de tareas cognitivas, en formato de papel y lápiz, con la misma frecuencia y duración que el grupo experimental.



Todos los pacientes de este grupo tuvieron la oportunidad de beneficiarse del programa “El Trisquel” una vez finalizada su participación en el estudio.

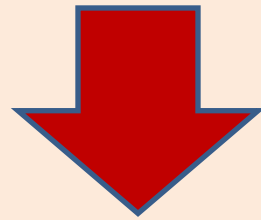
RESULTADOS

En cuanto al grado de deterioro cognitivo antes de la RC, la puntuación media en el MOCA fue de **21.38** (DT 3.1) (DC < 26)



DIFERENCIAS PRE-TEST ENTRE LOS GRUPOS

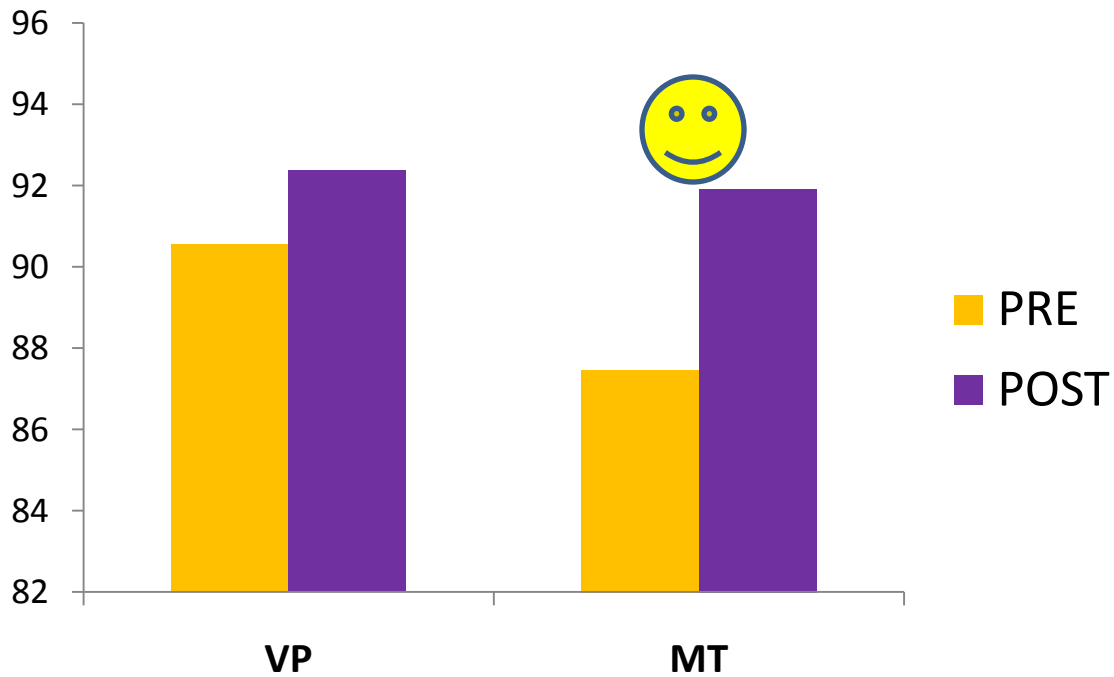
Antes de la intervención, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo Control y el grupo Trisquel en ninguna de las medidas PRE (sociodemográficas, neuropsicológicas, clínicas y funcionales)



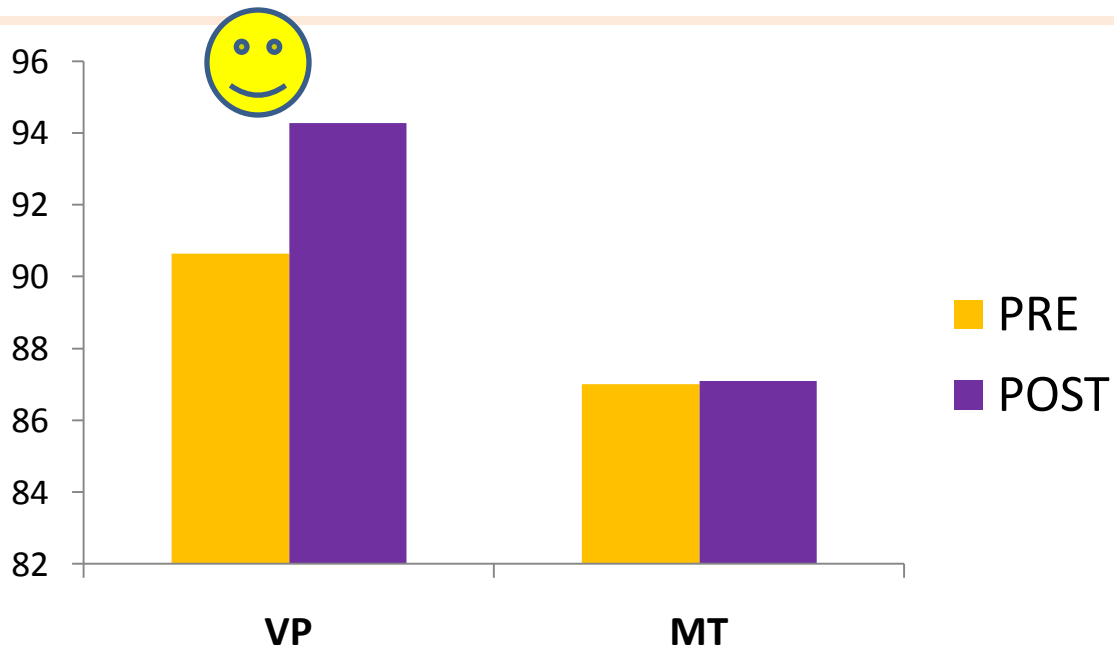
GRUPOS COMPARABLES

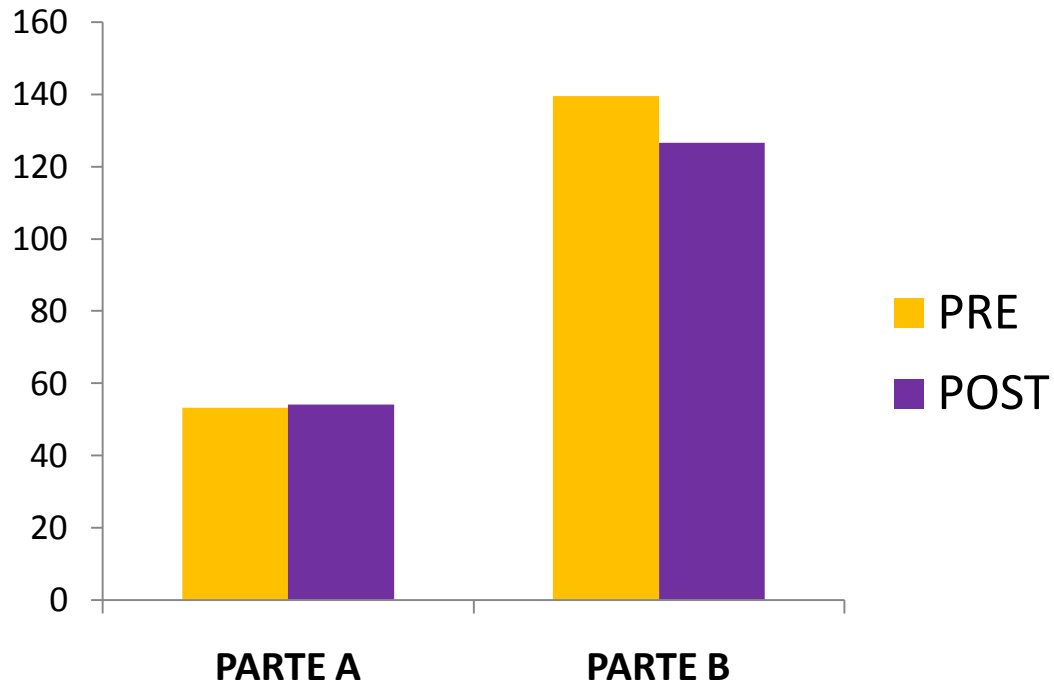
WAIS-III

GRUPO TRISQUEL



GRUPO CONTROL

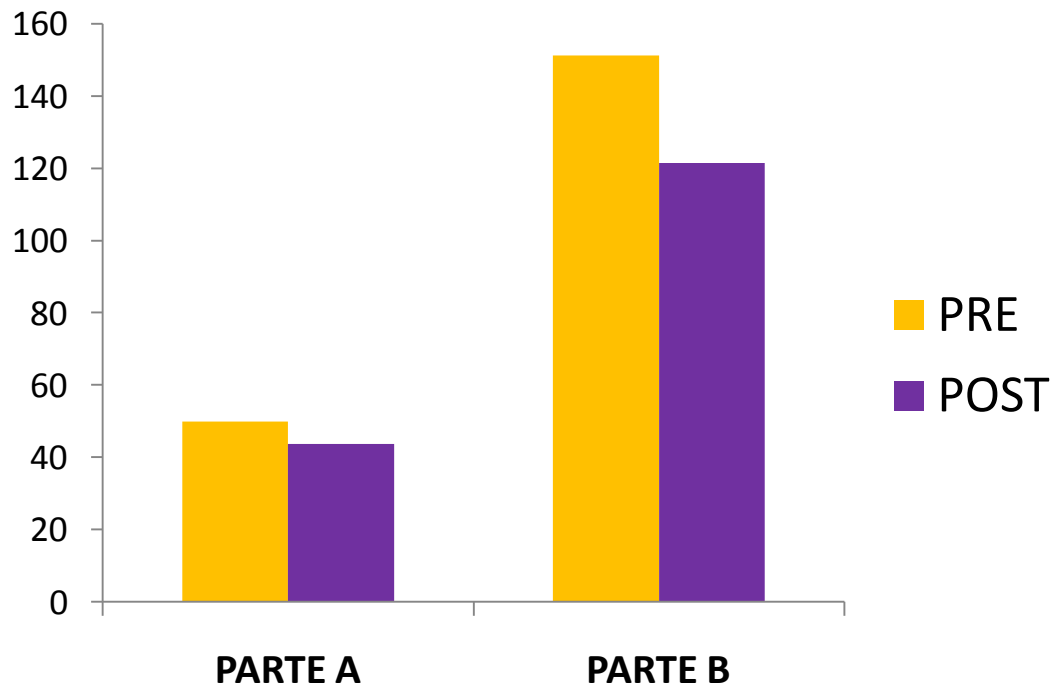




TMT

GRUPO TRISQUEL

NO diferencias
estadísticamente
significativas



GRUPO CONTROL

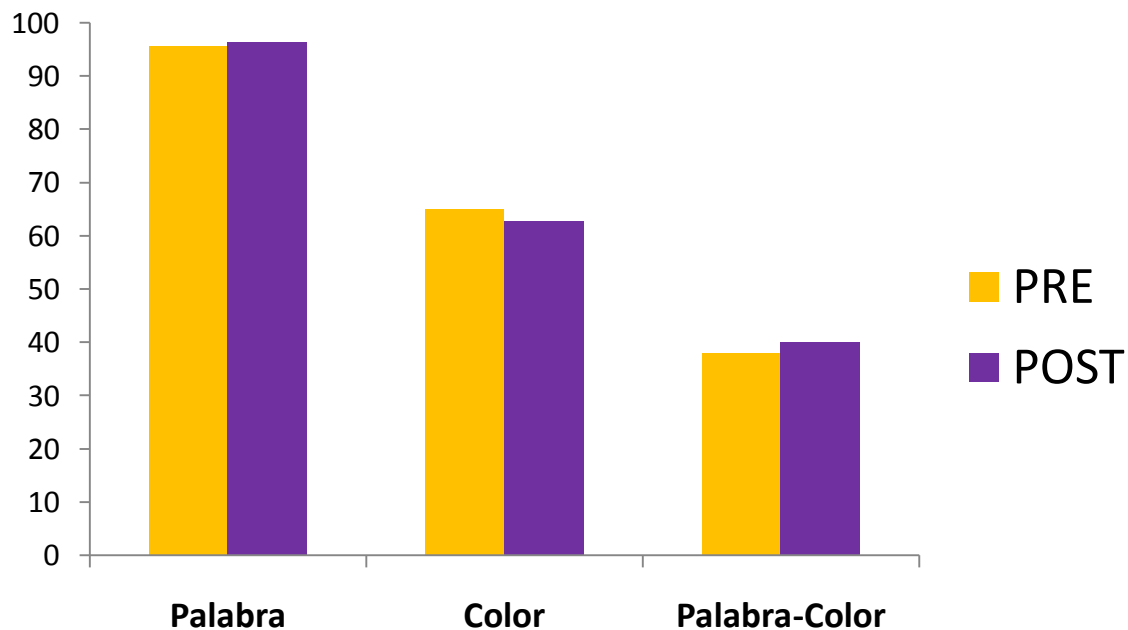
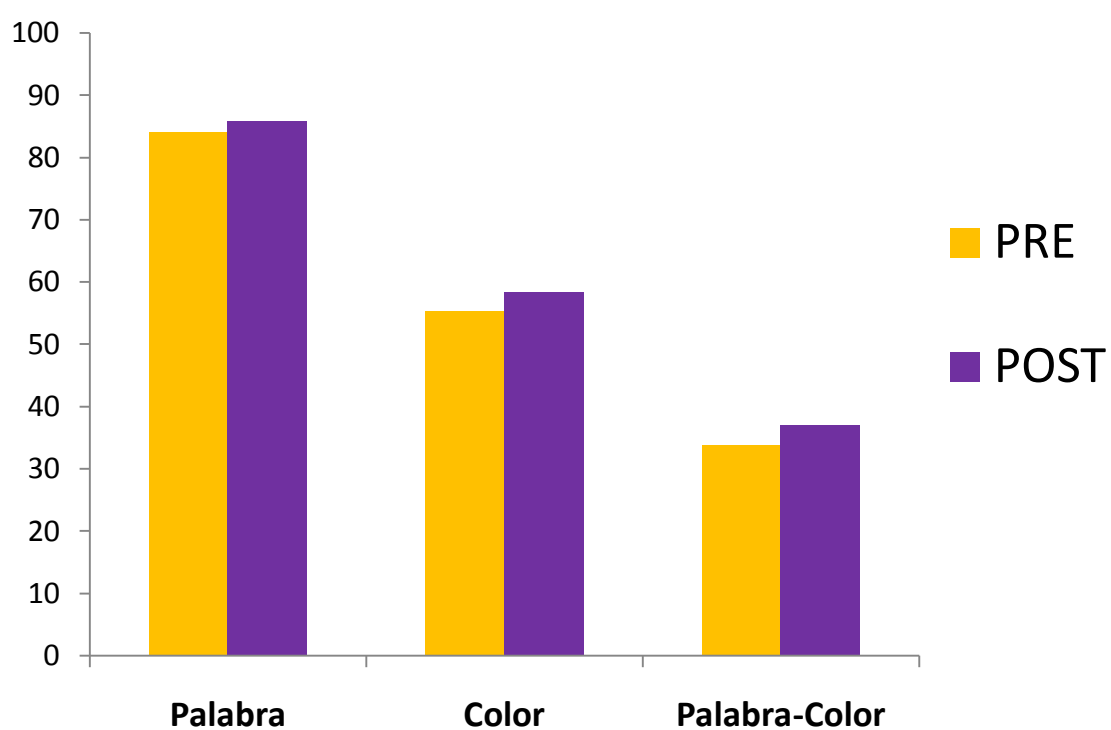
STROOP

GRUPO TRISQUEL

NO diferencias
estadísticamente
significativas



GRUPO CONTROL



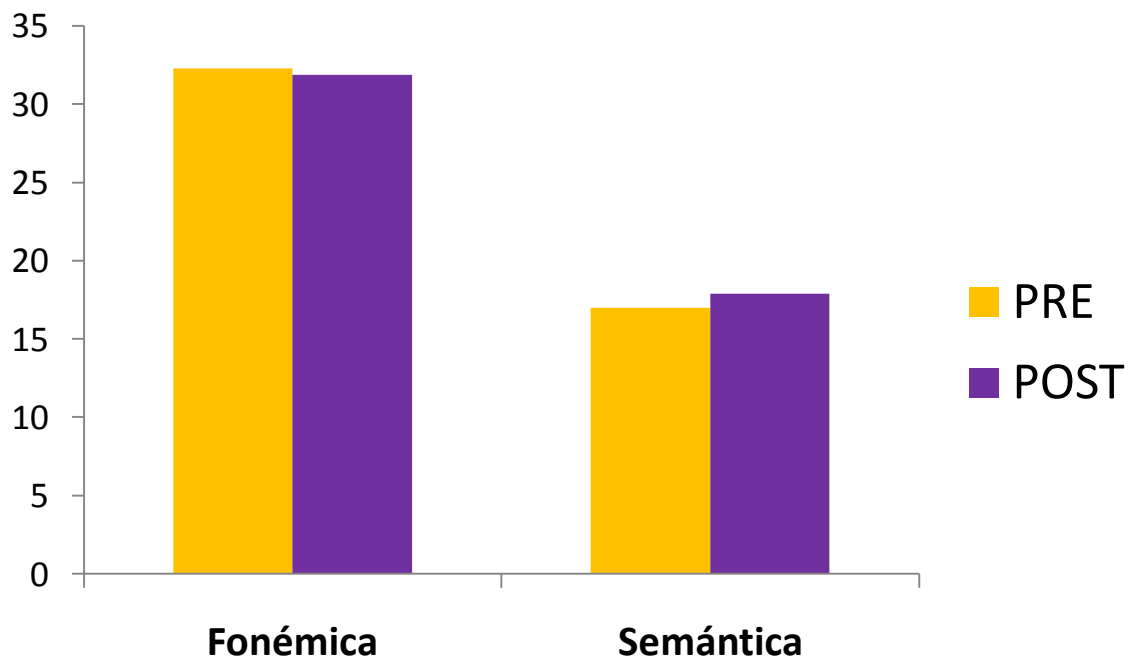
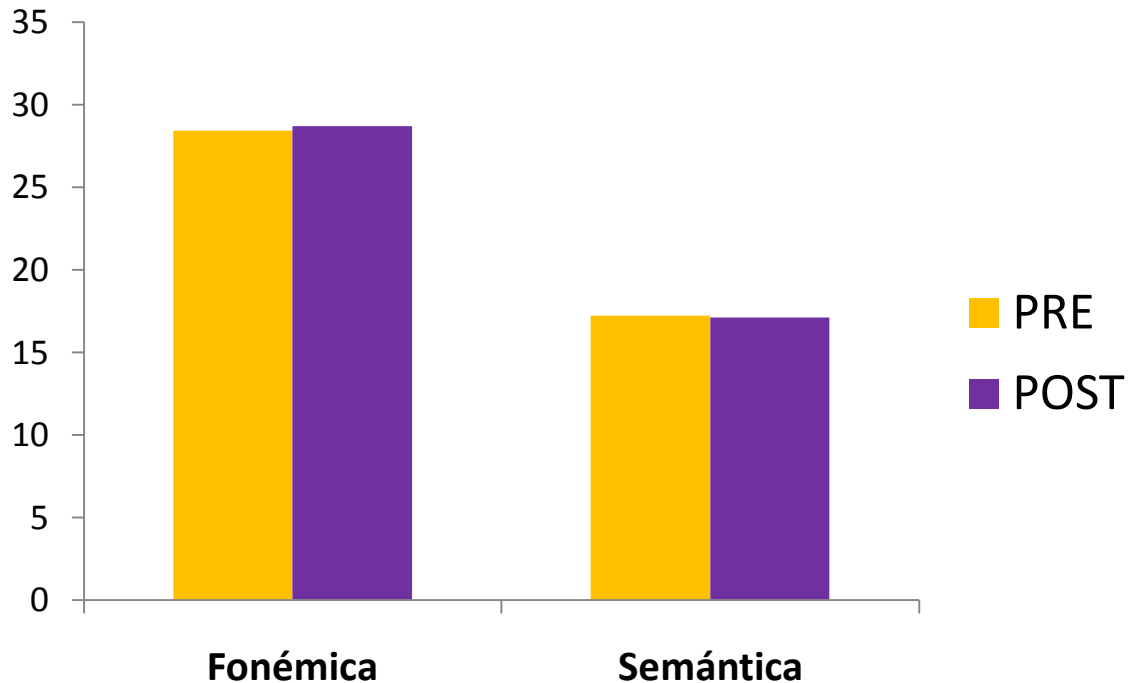
FLUIDEZ VERBAL

GRUPO TRISQUEL

NO diferencias
estadísticamente
significativas

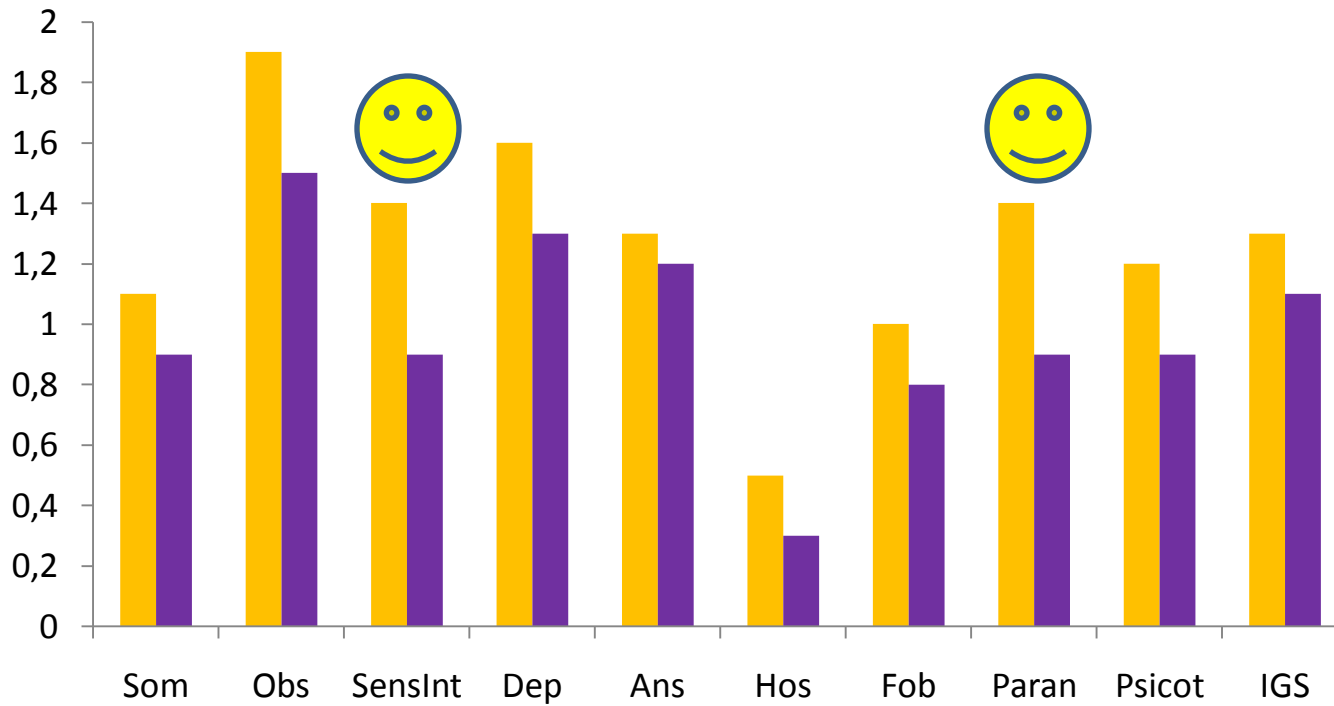


GRUPO CONTROL

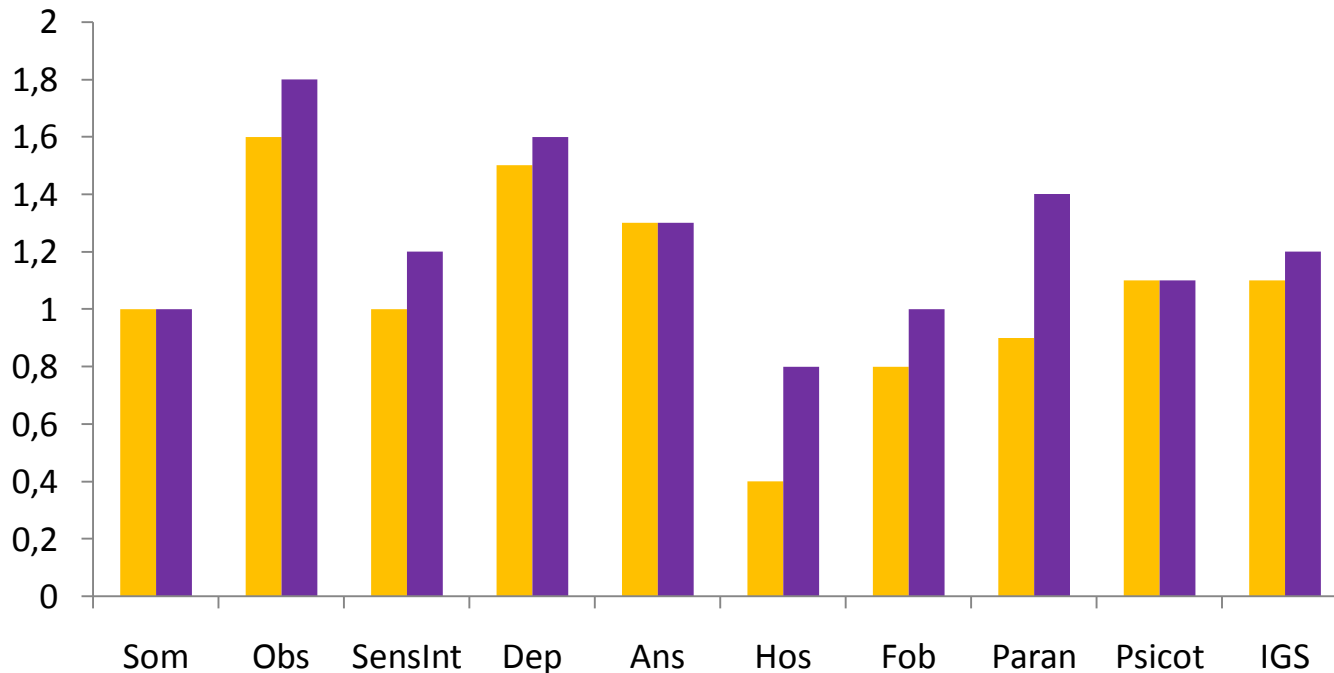


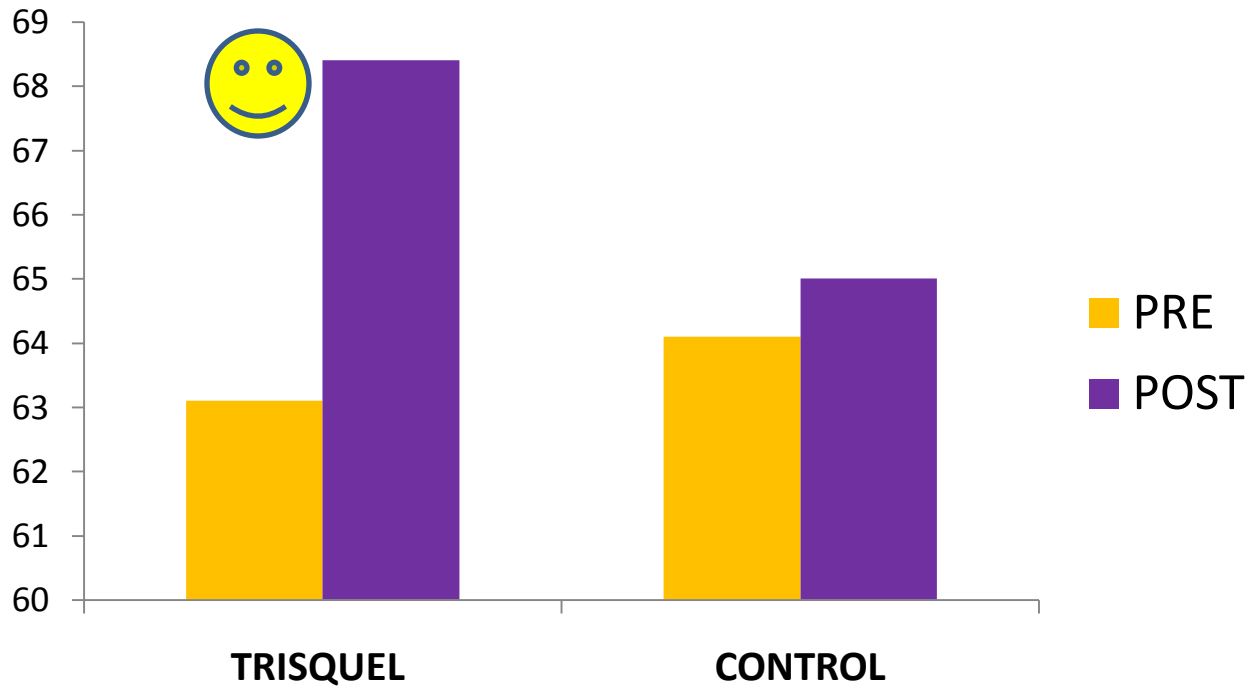
SCL-90

GRUPO TRISQUEL

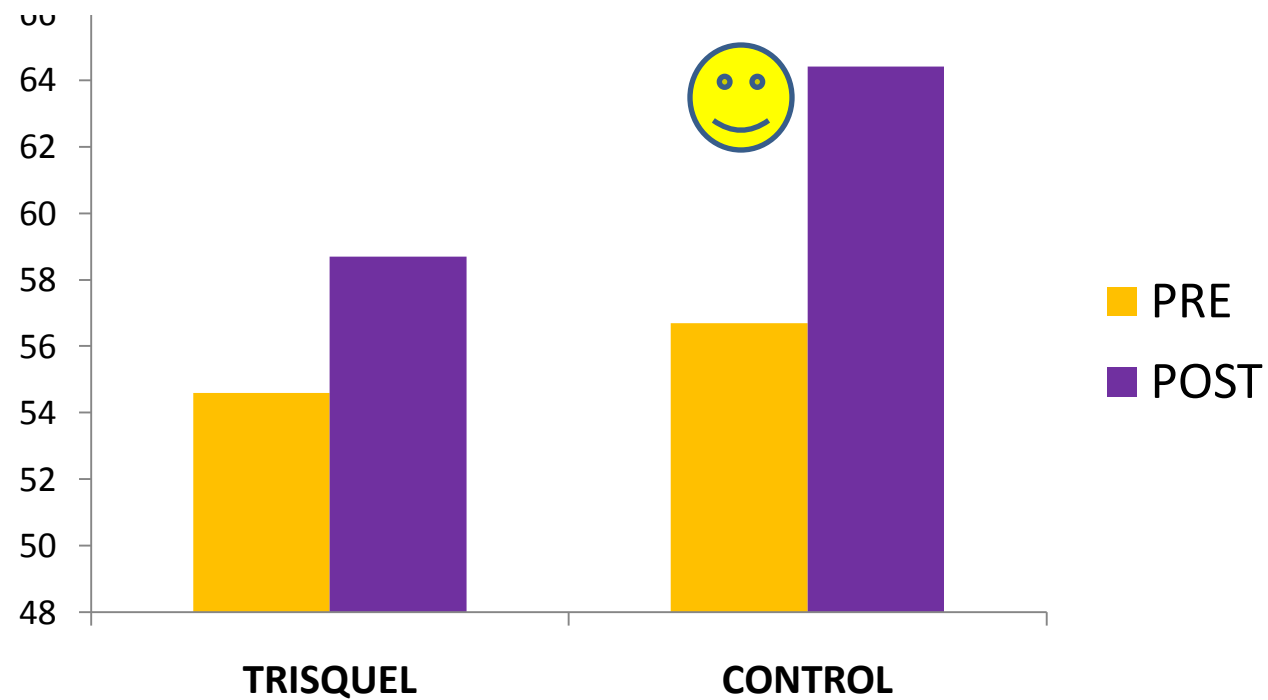


GRUPO CONTROL





EEAG



SF-36

DISCUSIÓN

Resumen principales resultados

	MEDIDAS NEUROPSICOLÓGICAS	Medidas funcionales y clínicas		
		SINTOMA TOLOGÍA	ACTIVIDAD GENERAL	PERCEPCIÓN SALUD
GRUPO TRISQUEL	Memoria de Trabajo	✓ Sensibilidad Interpersonal ✓ Ideación Paranoide	✓	No
GRUPO CONTROL	Velocidad Procesamiento	No	No	✓

Principales hallazgos en el grupo Control...

- ✓ Los resultados del **Grupo Control** van en la línea de otros trabajos en los que se han descrito mejorías en el rendimiento **cognitivo** (Velocidad de Procesamiento), sin llegar a producir mejoras en el rendimiento sintomatológico y funcional, tras programas de RC basados en la práctica repetitiva de ejercicios -“drill and practice” programs-.
- ✓ Además, resulta llamativo que a pesar de que estos SS no mejoran a nivel sintomatológico ni en el funcionamiento social, perciben que su salud ha mejorado, lo que puede ser un indicador de **peor “insight”**
- ✓ En la línea de trabajos previos, parece que más allá de la mejora cognitiva, algunos aspectos del **funcionamiento ejecutivo** necesitan ser mejorados si esperamos que la RC de lugar a cambios en la sintomatología, en el funcionamiento cotidiano o en la conciencia de enfermedad

Qué efectos hemos encontrado con El Trisquel?

(EFECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DEL TRISQUEL)

La mejoría encontrada en **MEMORIA OPERATIVA** en el Grupo Trisquel es en sí misma relevante y consistente con estudios previos. Es una HH cognitiva que forma parte de las funciones ejecutivas e interviene en procesos como comprensión del lenguaje, lectura, razonamiento...

(EFECTOS EN EL FUNCIONAMIENTO DEL TRISQUEL)

De acuerdo con la bien establecida relación entre memoria operativa y funcionamiento psicosocial, también encontramos que sólo el Trisquel tuvo efectos positivos en la **escala de actividad general**

(EFECTOS SINTOMATOLÓGICOS DEL TRISQUEL)

- ❖ Sólo el Trisquel tuvo efectos en la **sintomatología**
- ❖ Estudios previos sobre los efectos de la RC en los síntomas clínicos son inconsistentes.
- ❖ Las evidencias apuntan que solo los programas de RC que proporcionan experiencias positivas de aprendizaje favoreciendo la auto-estima y la auto-eficacia tienen efectos beneficiosos en la sintomatología.
- ❖ El **formato de juego de mesa** del Trisquel que favorece el incentivo de ganar, el reto de alcanzar un objetivo y el sentido de eficacia, el feedback del progreso, la mayor adhesión de los miembros de un mismo equipo han podido tener un peso importante en estos resultados.

LIMITACIONES del ESTUDIO

Estudios futuros deberían programar periodos de seguimiento, incluir medidas de cognición social y específicas de insight, mejorar la representatividad y tamaño de la muestra...

CONCLUSIÓN

Varios factores parecen haber contribuido a los **efectos reforzados** obtenidos usando el **Trisquel** en el **contexto terapéutico habitual** de personas con esquizofrenia



formato de **juego** de mesa, contexto terapéutico **motivador**, orientado a **múltiples** habilidades **socio-cognitivas** (hh ejecutivas, hh sociales...), suficiente número de ensayos con **práctica repetida** y un enfoque **integrador**

