

Cómo citar este documento

Román López, María; Aguilar Romero, Leticia; Gallego Bermúdez, Alba María; Rodríguez Milla, Catalina. Efectividad de un programa de rehabilitación cognitiva realizado por la enfermera especialista en salud mental. Biblioteca Lascasas, 2017; V13. Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/e11122.php>>

Efectividad de un programa de rehabilitación cognitiva realizado por la enfermera especialista en salud mental

María Román López, Leticia Aguilar Romero, Alba María Gallego Bermúdez, Catalina Rodríguez Milla

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla (España)

RESUMEN

El deterioro cognitivo que aparece en la esquizofrenia afecta a funciones como la atención, memoria, funciones ejecutivas y fluidez verbal. En los últimos años, el deterioro cognitivo ha ganado importancia en la esquizofrenia debido a que es uno de los factores que predicen la funcionalidad y la calidad de vida, y a que estos déficits son mejorables mediante los programas de rehabilitación cognitiva.

En este estudio se propone la realización de un ensayo clínico aleatorio con el que se pretende comprobar la efectividad del Programa de Rehabilitación Cognitiva llevado a cabo por la Enfermera Especialista en Salud Mental.

Effectiveness of a Cognitive Rehabilitation Program carried out by a mental health nurse.

ABSTRACT

Cognitive impairment which appears in schizophrenia affects functions such as attention, memory, executive function and verbal fluency. Nowadays cognitive impairment has gained importance in schizophrenia because it is one of the factors which predict the functionality and quality of life. As these deficits are improved by means of cognitive rehabilitation programs.

In this research I propose to implement a randomized clinical trial so that I could to test the effectiveness of Cognitive Rehabilitation Program carried out by a Mental Health Nurse.

PALABRAS CLAVE: programa, deterioro cognitivo, rehabilitación cognitiva, esquizofrenia, funcionalidad, memoria, atención, enfermera salud mental.

KEYWORDS: program, cognitive impairment, cognitive rehabilitation, schizophrenia, functionality, memory, attention, mental health nurse.

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

Los antecedentes históricos de los déficits cognitivos en la esquizofrenia ya fueron documentados por Kraepelin en 1919,¹⁻² que señalaba la dificultad que presentaban los pacientes con esquizofrenia para mantener la atención centrada en una tarea. Bleuler, en 1911³, postula que los trastornos de la atención son secundarios a la falta de motivación afectiva y al trastorno asociativo. Además, describe el fenómeno de la “atención pasiva”. Ninguno de ellos describe alteraciones en la memoria.

Tras la demostración de la posibilidad de modificar los déficit cognitivos de los pacientes con esquizofrenia, se comenzaron a desarrollar programas rehabilitadores. Cabe destacar:

- La terapia psicológica integrada de Brenner⁴⁻⁶ de orientación conductual diseñado para mejorar las habilidades cognitivas y sociales de pacientes con esquizofrenia. Está fundamentado en la Teoría de la Vulnerabilidad de Zubin y Spring (1977)⁷.
- El Programa Ejecutivo Frontal de Morice y Delahunty⁸ diseñado para modificar el déficit en la función ejecutiva.
- La Terapia de Mejora Cognitiva diseñada por Hogarty y Flesher,⁹ dirigido a pacientes ambulatorios con déficits cognitivos, basada en la teoría del neurodesarrollo para la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia.¹⁰

Cuando hablamos de deterioro cognitivo, nos referimos a la pérdida de funciones o habilidades intelectuales que incluyen la memoria, la atención la coordinación motora y la construcción visoespacial, que aparecen antes, durante o después de la aparición de un cuadro psicótico¹¹⁻¹³. Éste, junto a los síntomas negativos, causa pérdida de funcionamiento en los pacientes con esquizofrenia.

El déficit cognitivo ha ganado importancia en los últimos años, clarificándose las funciones cognitivas alteradas y se ha determinado que se trata de uno de los mejores factores de predicción del nivel de funcionamiento social y en la vida del sujeto.¹⁴⁻¹⁸

El déficit cognitivo en pacientes con esquizofrenia es muy importante para la evolución de la enfermedad, puesto que condiciona la adaptación de la persona a su entorno y su capacidad para estar en el mundo de la forma más satisfactoria posible una vez que los síntomas positivos están bajo control.

En una revisión de la literatura¹⁹ realizada con 31 estudios transversales y 43 longitudinales en pacientes con esquizofrenia para clarificar la evolución del deterioro cognitivo se concluyó que, según el tipo de estudio realizado, el deterioro cognitivo es progresivo o permanece estable. Según los resultados de los estudios transversales²⁰, el deterioro cognitivo avanza progresivamente, mientras que según los resultados de los estudios longitudinales²⁰, el deterioro cognitivo permanece estable una vez que ha aparecido.

Existen varios factores que contribuyen a la disfunción cognitiva, además del causado por la enfermedad.²¹ Uno es el entorno, ya que el aislamiento de pacientes con esquizofrenia y la disminución de la estimulación favorecen el

empobrecimiento y la merma en las funciones cognitivas. Otro factor es el tratamiento psicofarmacológico, que es imprescindible para una evolución favorable de la enfermedad, aunque presentan efectos secundarios que pueden afectar al estado cognitivo, produciendo la impresión de un deterioro que no se corresponde con la realidad. Los neurolépticos convencionales pueden producir afectación del sistema extrapiramidal para lo que se utilizan fármacos anticolinérgicos que conlleva una merma cognitiva, en especial, sobre la memoria.²² Por otro lado, como efecto secundario encontramos la sedación que afecta a los rendimientos de las funciones cognitivas.

La rehabilitación cognitiva es el proceso destinado a mejorar o compensar los déficits existentes en las capacidades cognitivas. A través de la terapia de rehabilitación cognitiva se procura restaurar esas funciones con el fin de que la persona con déficit cognitivo pueda retomar de manera segura e independiente sus actividades cotidianas.²³

En las últimas décadas se han modificado los objetivos que se buscan con el tratamiento de la esquizofrenia, que se han centrado en la funcionalidad del individuo,²⁴ siendo entendida como la capacidad de adaptación a las necesidades que posee una persona adulta productiva y sin enfermedad. En el caso de la esquizofrenia la funcionalidad se ve afectada por los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios de fármacos, el abuso de sustancias y la falta de soporte familiar y comunitario. El pronóstico de la enfermedad implica una mejoría de la sintomatología, la cognición, la calidad de vida, autonomía, cuidados personales y funcionamiento personal y social.

JUSTIFICACIÓN

La alta tasa de prevalencia de la esquizofrenia, unida a que ésta es una de las diez enfermedades que causa una mayor discapacidad muestra la relevancia de realizar un trabajo desde enfermería con personas con esquizofrenia dirigido a la rehabilitación de las alteraciones cognitivas.

La rehabilitación cognitiva ha dado numerosos resultados positivos en la recuperación de estas personas y su inclusión en la sociedad depende de ésta.

En relación al trabajo que realizan las Enfermeras Especialistas en Salud Mental con personas con esquizofrenia, debemos tener en cuenta que el déficit cognitivo influye en el trabajo diario, como por ejemplo, el deterioro de la memoria puede provocar en los pacientes dificultades para seguir las indicaciones recibidas en la consulta, el olvido de citas de revisión con el equipo referente, dificultades con la medicación como recordar cuál es el tratamiento que toman, las dosis y el horario al que deben hacerlo. También puede repercutir en el funcionamiento en la sociedad de los pacientes con situaciones como no recordar lo que debían comprar en el supermercado, en la preparación de recetas de cocina, memorizar un número de teléfono, o conversaciones que han sido mantenidas con amigos o familiares. En cuanto a la atención, influye en nuestra práctica diaria por la dificultad para mantener la concentración y atención en la consulta, o para ver una película. A nivel de las funciones ejecutivas puede afectar al aprendizaje y manejo de nuevas tecnologías, como ordenadores o teléfonos móviles, utilizar el transporte público, etc. Por esto, es necesario adecuar nuestra práctica clínica de acuerdo a los déficits cognitivos que presentan las personas con esquizofrenia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E y cols. Psychological treatments in schizophrenia I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med.* 2002; 32:763-82.
2. Kraepelin E. La demencia precoz. 1ª parte. Colección Clásicos de la Psiquiatría. 1ª edición en castellano. Buenos Aires: Editorial Polemos; 1996. Título original: *Lehrbuch der Psychiatrie*, 8ª edición. Barth, Leipzig (1909-1913). De la 1ª edición en inglés: *Dementia praecox and paraphrenia*, Edimburgo, 1919.
3. Bleuler, E. Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Ediciones Hormé; 1960, pp. 21-104-361. Título original inglés: *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press.
4. Pardo V. Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. I Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Rev Psiquiatr Urug* 2005; 69(1): 71-83.
5. Roder, Brenner, Kienzle, Fuentes. Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia. *Rehabilitación Psicosocial.* 2008; 5: 69-70.
6. Vallina O, Lemos S. Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema* 2001; 13. 3: 345-364.
7. Zubing, J; Spring, B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126. 1977.
8. Morice, R; Delahunty, A. Treatment strategies for the remediation of neurocognitive dysfunction in schizophrenia. Pantelis C, Nelson HE, Barnes TR (eds), 1996 pp. 447-459.
9. Hogarty, G; Flesher, S. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia. Schizophr Bull* 1999; 25(4): 693-708.
10. Hogarty, G; Flesher, S. Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25(4): 677-92.
11. Harvey, PD; Sharma, T. Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia. *A Clinician's Handbook*. London: Martin Dunitz, 2002.
12. Gopal, YV; Variend, H. First-episode schizophrenia: review of cognitive deficits and cognitive remediation. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2005; 11:38-44.
13. Valverde MA. Una crítica a la teoría del déficit cognitivo en la esquizofrenia. 2012; 32(115), 521-545.
14. Keefe, R.S.E (eds). *Mejora de la función cognitiva en el paciente esquizofrénico*. Ed Current Medicine Group. Lilly, 2004.
15. Wilder-Willis KE, Shear PK; Steffen J YBorkin J. The relationship between cognitive dysfunction and coping abilities in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 2002; 55: 259-267
16. Cohen AS; Forbes CB; Mann MC& Blanchard JJ. Specific cognitive deficits and different domains of social functioning impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research.* 2006; 81 (Suppl 2-3): 227-238.
17. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophr Bull* 2000; 26: 119-36.

18. Nieva, ME. Esquizofrenia y Déficit Cognitivo, sistematización de la práctica supervisada realizada en Casa Club Bien Estar. 2010
19. Kurtz, Seltzer, Ferrand, Wexler, 2005; Allen, Goldstein y Warnick, 2003; Heinrichs y cols., 1998; Saykin, Gur, Mozley y Resnick, 1991.
20. Chinchilla Moreno, A. Guía terapéutica de las esquizofrenias. Masson. 2000.
21. Caley, A. Assessment of Neuropsychological Functions in Psychiatric Disorders. American Psychiatric Press. 2005.
22. Niendam TA, Jalbrzikowski M, LBearden CE. Exploring predictors of outcome in the psychosis prodrome: implications for early identification and intervention. Neuropsychol Rev 2009 Sep; 19(3):280-93.
23. Sohlberg, MM; Mateer, CA. Introduction to cognitive rehabilitation. New York: Guildford Press; 1989.
24. McEvoy JP. Functional outcomes in schizophrenia. J Clin Psychiatry 2008; 69 (Suppl 3):20-4.
25. Moorhead, S; Johnson, M; Maas, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Elsevier España; 2013.
26. Bulechek, GM; Aucker McCloskey, JC. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). Ed 4. Elsevier España; 2014.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la efectividad de un Programa de Rehabilitación Cognitiva diseñado y llevado a cabo por la Enfermera Especialista en Salud Mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Valorar la existencia de un mayor nivel de autonomía post-Programa según la escala PSP.

Valorar el aumento en el nivel de funcionalidad post-Programa según la escala PSP.

HIPÓTESIS

La realización de un Programa de Rehabilitación Cognitiva en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia mejorará el deterioro cognitivo según el cuestionario SCIP-S.

La realización de un Programa de Rehabilitación Cognitiva en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia supondrá un mayor nivel de funcionalidad según la escala PSP.

METODOLOGÍA

Se propone la realización de un Ensayo Clínico Aleatorio, longitudinal y prospectivo.

Una vez obtenida la muestra, se realiza la aleatorización de los pacientes pertenecientes al censo de F.20 (según CIE 10) de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC). Tras lo cual obtendremos tres grupos, el grupo de casos en el que se realizará el Programa de Rehabilitación Cognitiva, el grupo control que asistirá a un grupo de psicoeducación establecido en el

centro y un tercer grupo sobre el que no se realizará ninguna intervención, excepto el seguimiento habitual por su Equipo Referente.

Todos los pacientes de la muestra realizarán el cuestionario SCIP-S y el PSP. Además de esto, se analizarán los datos sociodemográficos.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Programa de Rehabilitación que consta de 8 sesiones estructuradas en las que se trabajará con los pacientes diagnosticados de esquizofrenia para mejorar habilidades cognitivas como memoria, atención, fluidez verbal y funciones ejecutivas.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

El Programa de Rehabilitación Cognitiva consta de un total de ocho sesiones, como se ha indicado anteriormente, realizada con una frecuencia semanal, cada sesión durará 90 minutos. La duración total del Programa es de dos meses.

El Programa de Rehabilitación Cognitiva se realizará con un grupo de 8 a 12 pacientes cerrado hasta la finalización de las sesiones, que cumplan los criterios de inclusión, seleccionados de forma aleatoria. La no asistencia a 3 sesiones conlleva la salida del grupo.

Los aspectos que se van a trabajar en cada una de las sesiones del programa se detallarán en los siguientes apartados de este documento. Mediante la realización del programa se plantea la consecución de unos objetivos, según la taxonomía NOC²⁵:

- 1803 Conocimiento: proceso de enfermedad.
- 0905 Concentración.
- 0908 Memoria.

Para la consecución de los objetivos trabajaremos con una serie de intervenciones basándonos en la NIC²⁶:

- 5430 Grupo de apoyo.
- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.
- 4310 Terapia de actividad.
- 4720 Estimulación cognoscitiva.

Previo a la realización del Programa, una Enfermera Especialista en Salud Mental, que colabora con la realización del Programa, propondrá a los pacientes durante la consulta de enfermería la participación en el mismo. Los pacientes que deseen participar deben firmar el modelo de Consentimiento Informado.

La Enfermera Especialista en Salud Mental que dirige la Intervención es ciego respecto a la información clínica de los pacientes, ya que no conoce a los participantes. Ésta es la encargada de realizar las sesiones del Programa de Rehabilitación Cognitiva con la colaboración del Residente de Enfermería de Salud Mental que realice la rotación en la USMC. La metodología de las sesiones es grupal y participativa.

Tabla 1: Sesiones

	MEMORIA	ATENCIÓN	FLUIDEZ VERBAL
SESIÓN 1	INTRODUCCIÓN	AL PROGRAMA	
SESIÓN 2	X	X	X
SESIÓN 3	X		X
SESIÓN 4	X	X	X
SESIÓN 5	X	X	X
SESIÓN 6	X		
SESIÓN 7	X	X	X
SESIÓN 8	X	X	

VARIABLES DEPENDIENTES

- Memoria, según el cuestionario SCIP-S los participantes obtendrán mejor puntuación post-Programa.
- Atención, según el cuestionario SCIP-S los participantes obtendrán mejor puntuación post-Programa.
- Funciones ejecutivas, según el cuestionario SCIP-S los participantes obtendrán mejor puntuación post-Programa.
- Autocuidado, tendrán una puntuación de 80 a 71 en la escala PSP, que corresponde a dificultades leves en el área de autocuidados.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El Programa de Rehabilitación se llevará a cabo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y que presenten déficit cognitivo.

MUESTRA

La muestra será escogida de forma aleatoria, según los criterios de inclusión, de la población perteneciente a una USMC.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según CIE 10.
- Edad: 18-55 años.

- Estabilidad psicopatológica.
- Deterioro cognitivo.
- Mantienen un seguimiento regular por enfermería de salud mental.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no sepan leer ni escribir.
- Retraso Mental.
- Patología orgánica que justifique el cuadro.
- Consumo perjudicial de tóxicos.

RECOGIDA DE DATOS

Los participantes realizarán los cuestionarios y escalas PSP y SCIP-S, de forma individual en la consulta de enfermería, que serán administrados por la enfermera colaboradora del Programa.

ANÁLISIS DE DATOS

Corregir y analizar los cuestionarios y escalas llevados a cabo durante el estudio (PSP y SCIP-S).

Para el tratamiento estadístico de los datos se elaborará una base de datos de Microsoft Access para las variables definidas anteriormente y se analizarán con el programa estadístico SPSS 11.0.

Tabla 2: Cronograma

TAREAS/MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Revisión crítica literatura	■												
Selección participantes del estudio		■											
Información y consentimiento de participantes		■											
Recogida datos			■										
Aplicación cuestionarios			■										
Configuración grupos intervención			■										
Realización Programa				■	■	■	■	■	■				
Aplicación de instrumentos evaluación										■			
Análisis de datos y resultados post-intervención											■		
Elaboración resultados de investigación												■	
Elaboración conclusiones del estudio												■	
Divulgación científica													■

Actividad realizada por enfermeras principal y colaboradora.

Actividad realizada por enfermera colaboradora y residente de enfermería.

Actividad realizada por investigador principal y residente de enfermería.

Actividad realizada por residente de enfermería.

LIMITACIONES

Entre las limitaciones de este estudio encontramos la gran variabilidad de definiciones en cuanto a las funciones cognitivas alteradas en la

esquizofrenia, y de programas de rehabilitación encontrados durante la revisión bibliográfica.

Otras limitaciones son los abandonos del Programa por parte de los participantes.

Tabla 3: Presupuesto del proyecto

CONCEPTO	IMPORTE (€)
Estadístico	1000
Traductor	1000
Material fungible (fotocopias, cuestionarios)	500
Difusión de Resultados (Asistencia a congresos)	800

APLICABILIDAD

Un interés creciente por el deterioro cognitivo en la esquizofrenia unido a la funcionalidad del individuo en la sociedad, refuerzan la importancia de llevar a cabo programas de rehabilitación cognitiva.

Mediante la realización de este tipo de programas y la mejora de la funcionalidad de las personas con esquizofrenia, ésta puede conseguir un mayor control sobre su enfermedad y una mayor calidad de vida.

Los trastornos cognitivos constituyen un desafío para todos los profesionales involucrados en el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con esquizofrenia. Nos encontramos ante personas con alteraciones cognitivas que afectan a sus vidas y funcionamiento cotidiano. Por tanto, es necesario adecuar nuestra práctica clínica de acuerdo a estas dificultades.

En el caso de verificarse la hipótesis, se podría ofrecer a las personas con esquizofrenia, un programa de rehabilitación que les facilitaría habilidades y destrezas necesarias para afrontar distintas situaciones cotidianas.

Los resultados que se obtengan serán aplicables en las condiciones en que se han testado, pero facilitarían enormemente la labor el generalizarlos y poder implementarlos en otras Unidades de Salud Mental Comunitarias e incluso en Unidades de Rehabilitación o Comunidades Terapéuticas. Estos dispositivos cuentan con salas adecuadas para realizar intervenciones grupales, y medios materiales que serían costosos, así como enfermeras especialistas en salud mental que lleven a cabo el Programa.