



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Rendimiento cognitivo en pacientes con trastorno mental grave

Autora

Paz Cristina Sánchez Lecina

Directora

Isabel Gómez

Facultad de Ciencias de la Salud.

Año 2013/2014

RESUMEN

Los pacientes con Trastorno Mental Grave (T.M.G.), son aquellos que tienen discapacidad en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral. EL estudio trata de demostrar que los pacientes con T.M.G. de larga evolución cursan con deterioro cognitivo. Para ello he realizado en el Centro de rehabilitación psicosocial (C.R.P.) de Ntra Sra del Pilar, en dos unidades de psicogeriatría, con 90 pacientes con T.M.G. con más de 20 años de cronicidad de la enfermedad, utilizando como medida de valoración el Mini Examen Cognoscitivo (M.M.S.E.) El deterioro cognitivo no es degenerativo como en el caso de la demencia, la incapacidad cognitiva afecta a los dominios de las funciones ejecutivas. En los pacientes con sintomatología negativa como anhedonia he observado deterioro cognitivo. El tratamiento psicosocial incluye la participación en terapia ocupacional (T.O.) y actividades sociales, tales como salidas a la comunidad, etc, para mejorar las habilidades cognitivas necesarias para la independencia en su entorno.

ABSTRACT

Patients with Severe Mental Disorder (S.M.D.) have a personal, familial, social and labour disability. The study tries to demonstrate that patient with longstanding S.M.D. present cognitive impairment and this is more serious when psychosis is associated with alcohol consumption. The study was conducted in the C.R.P. Ntra Sra Del Pilar in two psychogeriatric units, with 90 patients with S.M.D. with over 20 years of stay. As a measure of evaluation is used the Cognitive Mini Evaluation (M.M.S.E). The degenerative cognitive impairment is not as in the case of dementia, cognitive impairment affects to the domains of executive functions. In patients with negative symptoms such as anhedonia, cognitive impairment was observed. Psychosocial treatment should include improving the cognitive skills necessary for independence in their environment.

OBJECTIVE:

Assess patients cognitive ability of C.R.P. the Pillar of psychogeriatric units.

MATERIAL AND METHODS:

The descriptive study was conducted in the CRP the Pilar in psychogeriatric units in Zaragoza. The admission criteria are: Patients over 65 who suffer from long-standing T.M.G.

KEY WORDS:

Cognitive impairment AND mental illness.

1. INTRODUCCIÓN

El término de Enfermo Mental Crónico se ha utilizado para referirse a una población institucionalizada en hospitales psiquiátricos y con enfermedad persistente a lo largo de toda su vida. Este término, se centra en el diagnóstico y la duración de la enfermedad, no tiene en cuenta otros aspectos como la discapacidad o el desempeño social. El concepto Trastorno Mental Grave sustituye la anterior visión (1).

La reforma Psiquiátrica de Aragón se inicia en los años 80, una nueva corriente que impulsa la salida a la comunidad del paciente psiquiátrico, para llevarlo a cabo fueron necesarios cambios en el abordaje del tratamiento(23).

Trastorno Mental Grave (T.M.G.) se refiere a los usuarios que sufren la sintomatología clínica de la enfermedad mental y además presentan una serie de problemas comunes, derivados de la discapacidad producida por la enfermedad mental. Esta definición de T.M.G. trasciende del diagnóstico clínico y tiene en cuenta parámetros sanitarios y socio-sanitarios. Siendo la atención socio-sanitaria la base para organizar la atención de estas personas en lo referente a procedimientos e intervenciones (1).

Las definiciones de T.M.G. hacen referencia además del diagnóstico clínico y la duración del tratamiento al funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada. Quedan incluidas en esta definición las categorías diagnósticas, con duración prolongada de más de dos años, que producen afectación en una o más áreas del funcionamiento personal y social, y que necesitan tratamiento farmacológico y psicológico. Estos pacientes necesitan la intervención en el entorno del paciente y en las necesidades sociales básicas (1). Para conseguir la estabilidad clínica de estos pacientes y conseguir el éxito en la integración comunitaria, es importante asegurar la participación en el área laboral y en las actividades de ocio. Se hacen necesarios programas de formación, inserción laboral, disponibilidad de ocio. Además de garantizar los derechos personales y la continuidad de la atención (23).

Todas las categorías diagnósticas incluidas de T.M.G., están consideradas como trastornos psicóticos, aquellos que además de los síntomas positivos y negativos tienen patrones relacionales gravemente alterados, comportamiento inadecuado en el contexto, afectividad inapropiada grave que implica una percepción distorsionada de la realidad, se incluyen en la definición los trastornos de personalidad y trastornos del humor. Porque aunque en ocasiones no aparecen delirios o alucinaciones, la afectividad esta gravemente alterada lo que se asocia con una pérdida de la realidad de si mismo o del entorno (1). Por lo tanto los pacientes psicóticos tienen dificultades como consecuencia de la enfermedad no solo a nivel perceptivo sino también afectivo (1).

El trabajo toma como muestra los usuarios ingresados en el centro de rehabilitación psicosocial. (C.R.P) Ntra Sra del Pilar en las unidades de psicogeriatría. Según el tipo de ingreso podríamos dividir a los pacientes en dos tipos:

Por una parte los pacientes que ingresan procedentes de la Unidad de Larga Estancia. (U.L.E.) y los pacientes que ingresan del exterior.

El C.R.P. Ntra Sra del Pilar tiene dos unidades de larga estancia, estas unidades albergan a usuarios que están institucionalizados desde

hace más de tres años como mínimo. Estos pacientes presentan una psicopatología grave y como consecuencia, tienen un deterioro grave en el funcionamiento personal, familiar, social y ocupacional, han fracasado en las intervenciones destinadas a la inserción laboral y en la comunidad, no tienen apoyo social y tienen pocas capacidades para mejorar la situación clínica. En la U.L.E. también están ingresados pacientes con más de 20 años de institucionalización, que ingresaron en su juventud y que debido a la gravedad de la enfermedad no fueron susceptibles de integrar en la comunidad con la reforma psiquiátrica. Hoy en día son personas mayores, con predominio de sintomatología negativa, y con muchas dificultades para mantener conductas socialmente adaptadas en la comunidad.

Los usuarios que ingresan en la unidad de psicogeriatría son pacientes que además de enfermedad mental padecen otras enfermedades orgánicas asociadas a la edad como E.P.O.C. (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), que les impide un funcionamiento autónomo en la ULE. Los cuidados que necesitan estos pacientes son más específicos de psicogeriatría.

Los usuarios que ingresan en la Unidad de psicogeriatría procedentes del exterior, son aquellos que han vivido en la comunidad: en su vivienda habitual, piso tutelado o en una residencia normalizada. La falta de apoyo social o la gravedad de su patología mental hacían imposible la convivencia familiar o social.

Los diagnósticos de los usuarios del C.R.P. son esquizofrenia paranoide, esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, esquizofrenia esquizoafectiva, trastorno bipolar, alcoholismo.

En la revisión bibliográfica que he utilizado para esta introducción he encontrado artículos que hablan sobre los dominios neuropsicológicos deteriorados como consecuencia de la enfermedad, las características de estos pacientes, los tratamientos que se utilizan (2).

DOMINIOS NEUROPSICOLOGICOS AFECTADOS

Observo un deterioro cognitivo en pacientes con T.M.G, la actividad cerebral se ve afectada en pacientes con enfermedad mental, cambios en la función de una región sencilla del cerebro no pueden explicar el rango de discapacidad específica, cognoscitiva y afectiva, en esta enfermedad. Los circuitos nerviosos que soportan los procesos sensitivos, cognoscitivos y emocionales están siendo investigados como substratos para valorar discapacidades específicas cognoscitivas y afectivas, un cambio respecto al enfoque tradicional sostiene que la esquizofrenia es debido a un síndrome de desunión entre las redes neuronales (2).

El objetivo del estudio de un artículo de revisión fue examinar además alteraciones en la conectividad funcional dentro de la red neuronal y entre la red de modo implícita y las tres redes de control cognoscitivas (el cíngulo, parietal frontal, y cerebelar) como una base de estudio para detectar las discapacidades en los dominios cognitivos específico (2).

Las conclusiones de esta investigación afirman que los pacientes psicóticos presentan deterioro en las funciones ejecutivas (2).

Esta incapacidad da como limitación en el funcionamiento cognoscitivo, la dificultad de controlar la coordinación de la actividad a través de redes de cerebro. Lo que me hace reflexionar sobre otras limitaciones en el modelo normal de desarrollo de la conectividad del cerebro (2).

En la práctica clínica observo que algunos usuarios con T.M.G. tienen dificultades para la realización de tareas laborales, que implican dominios como la función ejecutiva, la memoria de trabajo y las relaciones espaciales.

El estudio cuantitativo sobre el comportamiento de la memoria de trabajo y las relaciones espaciales, concluye que en la esquizofrenia el déficit se localiza en las áreas corticales prefrontales, esto se relaciona con los desordenes frontales y trastornos en la función ejecutiva. La

conclusión de este artículo es que en la esquizofrenia se observa un deterioro cognitivo en los dominios neuropsicológicos encargados de las funciones de las relaciones espaciales y de la memoria de trabajo (3). La memoria de trabajo es el proceso por el cual la información se codifica y se mantiene en la memoria, para después recuperar la información (4).

Un estudio de revisión relaciona el deterioro cognitivo con la memoria a la largo plazo y los procesos de codificación. De alguna manera las experiencias vividas en el pasado, se almacena y se codifica en nuestro cerebro atendiendo a un proceso biológico. Estos estudios sugieren que pacientes con esquizofrenia tienen debilidad en los sistemas biológicos que se encargan de los procesos de codificar las experiencias en la memoria a largo plazo, sugieren que la construcción de la experiencia pasada es dependiente de los procesos biológicos, la emoción influye en el proceso del sueño y se relaciona con el proceso de codificar y mantener la memoria a largo plazo. La memoria a largo plazo se ve afectada mientras que en la memoria a corto plazo la respuesta es normal (5). Cuando me refiero a deterioro cognitivo en la esquizofrenia también es interesante que hable del deterioro emocional y del comportamiento social, estos pacientes suelen tener dificultades para entender e interpretar el funcionamiento social. Los pacientes que sufren un daño prefrontal pueden tener déficit en habilidades para el comportamiento social (6).

Los pacientes con esquizofrenia tienen más dificultades para ajustarse a los cambios que surgen en un contexto social, para evaluar la intensidad de las emociones, identificar señales, como miedo, tristeza, asco. Estos pacientes se implican menos en lo que ocurre en el ambiente personal de su entorno (6).

La cognición social incluye la percepción de la emoción, las expresiones faciales de felicidad, tristeza e ira. Dentro de las habilidades sociales, la empatía entre otras cosas incluye las habilidades para detectar señales sociales en un contexto social (6).

La evidencia sobre la práctica clínica, es que pacientes con esquizofrenia no utilizan la información del contexto en el razonamiento social; lo cual da como resultado una mala interpretación de la información emocional y respuestas sociales inadecuadas (6).

La incapacidad para detectar la información del contexto, percibir las emociones y emitir juicios adaptativos, hace que se observe una limitación en el funcionamiento social (6).

La sintomatología negativa en pacientes psicóticos se refiere a las dificultades que presentan los psicóticos para demostrar afectividad, déficit en la memoria verbal y desorganización cognitiva. La cognición social en la esquizofrenia se origina en torno a bases neuroanatómicas. Los síntomas de trastorno social corresponden a daños prefrontales, éstos pacientes tienen un déficit en el funcionamiento social manteniendo las capacidades cognitivas (6).

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON T.M.G.

Una de la sintomatología mas frecuente en los pacientes psicoticos que atiende en el C.R.P. es la sintomatología negativa o defectual.

En un artículo de esta revisión se asocia la anhedonia y la cognición en personas con desordenes del espectro de la esquizofrenia y sus hermanos. Se exploraron los efectos de la sintomatología negativa, anhedonia, pérdida de habilidades sociales en los efectos neuropsicológicos; los resultados fueron que los sujetos con esquizofrenia, tenían déficit cognoscitivo (7).

La anhedonia y el déficit en las funciones verbales no estaban relacionados con la genética de la esquizofrenia, es decir no se relaciona con los miembros familiares de las personas con esquizofrenia (7).

Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide tienen dificultades para verbalizar estados afectivos y habilidades como la empatía, pero no presentan desorganización cognitiva (8).

Las conclusiones de este artículo son que los psicóticos tienen dificultades para comunicarse y relacionarse con el entorno, aunque parece ser que esta sintomatología negativa no se relaciona genéticamente con los familiares de pacientes psicóticos (8).

En cuanto al funcionamiento de los pacientes con diagnóstico bipolar; estudios del departamento de psiquiatría de los Ángeles, compara dos grupos de pacientes con trastorno bipolar; se observan un grupo relativamente normal y otro que padece déficit en la función ejecutiva y la memoria verbal. Kuha A. et al. no evalúa datos como episodios depresivos previos y, los desordenes del humor en la historia familiar, (factores que pueden influir negativamente en las funciones cognitivas de los pacientes bipolares). El estudio tiene como limitaciones que en la muestra solo hay pacientes de género masculino, y el objetivo del estudio no fue probar la relación entre el déficit cognitivo y la incapacidad funcional. Kuha A. et al. tampoco tuvieron en cuenta los efectos beneficiosos de la rehabilitación cognitiva, tanto en lo que a las funciones neuropsicológicas se refiere como al funcionamiento social (9). Por tanto, sólo sirve para comparar los pacientes con trastorno bipolar que tiene un funcionamiento normal con respecto a los que manifiestan déficit en las funciones ejecutivas y memoria verbal.

Con respecto a las forma de tratamiento siempre tendré que contemplar todas las dimensiones del paciente que están afectadas, es decir tiene que abordar el funcionamiento personal, familiar, social y ocupacional.

El tratamiento de los psicóticos lo voy a estructurar en dos grupos; en tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico aunque el tratamiento lo doy desde un abordaje integral que incluye el área personal, familiar, social y ocupacional.

El tratamiento farmacológico en los pacientes con T.M.G., es complejo, requiere de la combinación de fármacos y dosis, que hay que ir ajustando según sea la evolución del paciente. En las últimas décadas se ha vivido una autentica revolución de los psicofármacos, introduciéndose en el mercado nuevos fármacos que buscan disminuir o eliminar los síntomas tanto positivos como negativos de la enfermedad. Los antipsicóticos de nueva generación buscan entre otras cosas frenar el deterioro cognitivo. En los pacientes con T.M.G., suelen aparecer déficit en la función ejecutiva del cerebro, que es la encargada de la memoria de trabajo, inhibición de conductas, flexibilidad, secuenciación, monitorización, planificación de tareas (24).

En lo referente al deterioro de la función cognitiva en los pacientes psicóticos, un estudio de esta revisión bibliográfica comparó el impacto de dos psicofármacos, el sertindole (antipsicótico de nueva generación) y el haloperidol (antipsicótico clásico), en la función cognoscitiva en los pacientes que sufren de esquizofrenia (10).

En los pacientes que tomaron sertindol, se revirtió el déficit cognoscitivo en comparación con los que tomaban haloperidol. Se demostró que este medicamento mejoro el proceso cognoscitivo, aunque no valoro la mejora de la función motora; en ocasiones, esto se traduce a nivel psicomotor en una marcha anormal, pendular o con el cuerpo inclinado hacia adelante y suele ser otro síntoma de los pacientes con T.M.G.(10).

El estudio demostró dos procesos cognoscitivos distintos entre Sertindole y Haloperidol y los efectos beneficiosos del Sertindole, particularmente en parámetros que son fijados como alteraciones cognoscitivas relacionados con la esquizofrenia, aunque no se tuvo en cuenta en el estudio el deterioro en la función motora(10).

El tratamiento no farmacológico se refiere a los programas destinados a rehabilitación de los pacientes con T.M.G., como son las terapias de grupo, entrenamiento en habilidades sociales, talleres ocupacionales, talleres preelabórales y laborales, entrenamiento y

supervisión en la autonomía personal, gestión del tiempo libre entre otros; todos estos programas tienen como finalidad mejorar y prevenir el deterioro cognoscitivo en personas mayores con esquizofrenia crónica (25).

Mi trabajo pretende comprobar la existencia de deterioro cognitivo en personas que padecen enfermedad mental grave.

Granholm E. et al. en su estudio sobre cómo mejorar de las habilidades sociales en intervenciones de terapia de grupo. La hipótesis del trabajo intentaba demostrar que los participantes que reciben tratamiento no farmacológico, en concreto en programas de habilidades sociales, mantienen un funcionamiento neuropsicológico mejor que los que no recibían el tratamiento no farmacológico. En el estudio se observó que sí había mejoras en el funcionamiento personal, en los dominios neuropsicológicos de atención, aprendizaje, memoria verbal, funciones ejecutivas. Sin embargo el estudio evaluó el tratamiento después de doce meses y concluyó con la mejora de las habilidades neuropsicológicas pero no con la mejora del funcionamiento más autónomo en el entorno; los resultados demostraron que existía deterioro cognitivo (11); aunque sí que se observaban mejorías en dominios cognitivos, estas no eran suficientes para mejorar la autonomía del paciente en su entorno (11). La mayoría de las personas diagnosticadas de esquizofrenia presentaban déficit cognitivos. No obstante, la percepción subjetiva de ese déficit no siempre coincide con la evaluación neuropsicológica, ni con la evaluación clínica. Las personas diagnosticadas de esquizofrenia muestran deterioro en su funcionamiento cognitivo, principalmente en áreas como la atención, la memoria, la velocidad de procesamiento y el funcionamiento ejecutivo (12).

Algunos estudios encuentran que este deterioro afecta al 98% de los pacientes (13). Lo que hace que se plantee incluso como criterio diagnóstico en esquizofrenia. Asimismo, el deterioro cognitivo es uno de los principales predictores de funcionamiento psicosocial y parece tener

una influencia importante en variables relevantes para el tratamiento, como la valoración de las capacidades personales y las estrategias de afrontamiento (14).

Los resultados también indican que al menos en alguna medida los pacientes son conscientes de muchos de sus problemas cognitivos, aún cuando no tengan conciencia de otros aspectos de la enfermedad; esto apoya la utilidad de una valoración de las capacidades personales, dado que los mecanismos que operan en la percepción de unos y otros problemas pueden no ser los mismos; de hecho, quizá sea más fácil asumir, por ejemplo, las dificultades de memoria, son más fáciles de manejar con estrategias compensatorias, que aceptar otros aspectos de la enfermedad como delirios o alucinaciones (15).

Keefe relaciona la valoración cognitiva con las actividades de la vida diaria. Las funciones ejecutivas, memoria, conciencia del esfuerzo, distracción, vigilancia; son más fáciles de detectar en las actividades cotidianas, por lo que estos dominios cognitivos tienen mayor validez ecológica, es decir la valoración del funcionamiento de la persona en las actividades cotidianas que con las medidas de los test. En este sentido, Keefe (13). Aboga que los instrumentos utilizados para valorar el déficit subjetivo se centren en problemas específicos y faciliten respuestas precisas de las dificultades reales con las que el paciente tropieza en su experiencia diaria. No obstante, se requeriría cierta capacidad de conciencia de tener un trastorno para evidenciar esas dificultades cotidianas (13).

En todo caso, parece importante considerar todas las opciones (medidas objetivas, criterio clínico y quejas de los pacientes) con vistas a elaborar los programas de rehabilitación cognitiva. El esfuerzo por valorar cómo los déficit cognitivos detectados influyen en las actividades habituales del paciente y por ajustar los programas de rehabilitación a sus quejas y la experiencia diaria podrían ser fundamentales para la

adherencia a dichos programas y para una mejora real del bienestar del paciente (14).

Existen diferencias entre el deterioro cognitivo de un paciente con esquizofrenia a un paciente con D.T.A. (Demencia Tipo Alzheimer).

En el caso de la D.T.A. la evolución del deterioro es más rápida empeorando el rendimiento cognoscitivo con el tiempo; en los usuarios con T.M.G. la evolución es mas lenta, incluso pueden mejorar el rendimiento cognoscitivo si mantienen el tratamiento de rehabilitación cognitiva y la estabilidad clínica.

Si comparo el rendimiento cognitivo de los pacientes con esquizofrenia y la D.T.A. (Demencia Tipo Alzheimer), los pacientes con esquizofrenia (tanto los que iniciaron la enfermedad en la juventud como de forma tardía) presentan deterioro cognitivo pero la evolución es mucho mas lenta. Gil D. et al afirman que los pacientes con esquizofrenia que padecen deterioro cognitivo no presentan el deterioro típico de la D.T.A., por lo que no se debe atribuir el deterioro cognitivo de la esquizofrenia a una enfermedad degenerativa (16).

El tratamiento efectivo es el que tiene en cuenta el entorno del paciente, pues existe mucha dificultad para generalizar unos aprendizajes y ser capaces de extrapolarlo en su entorno, lo que se conoce como rehabilitación ecológica, que tiene en cuenta el aprendizaje de las funciones cognitivas según sean las actividades del usuario en su comunidad, tales como ordenar alimentos en un armario según sea la fecha de caducidad.

El deterioro cognitivo es mayor en los usuarios que no participan en las actividades de la vida diaria, el ocio o el trabajo. Esta afirmación se apoya en el estudio realizado por McGurk (17). En el cual señala que el trabajo es un elemento fundamental para la recuperación de la enfermedad mental grave.

Dentro del grupo de los pacientes con T.M.G. los afectados de trastorno bipolar presentan deterioro cognitivo en los dominios de

memoria declarativa verbal y función ejecutiva se asocian a una incapacidad funcional. Por lo que puede haber en pacientes con trastorno bipolar una incapacidad cognitiva en campos específicos y un pobre funcionamiento para la realización de las actividades cotidianas como resultado, similar al de la esquizofrenia (18).

Estudios longitudinales demuestran que las personas con esquizofrenia tienen incapacidades en el funcionamiento de las actividades cotidianas. Los programas de rehabilitación cognitiva están destinados a mejorar los dominios cognitivos de atención, velocidad de procesamiento, memoria y funcionamiento ejecutivo. El tratamiento se realiza a partir de un estudio detallado de los déficits y el trabajo intensivo para mejorar el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento social (18).

Si no existe una intervención adecuada en pacientes con esquizofrenia, el funcionamiento cognitivo puede empeorar (19).

Los estudios demuestran que los programas residenciales afectan en positivo su calidad de vida, estabilizan su sintomatología psiquiátrica y mejora el funcionamiento social y personal (20).

El trabajo de Mosey A, nos ayuda a establecer las directrices del trabajo de los terapeutas ocupacionales.

Mosey establece 6 destrezas adaptativas: entre las que se encuentra la destreza cognitiva (capacidad de percibir, representar y organizar la información sensorial para pensar y resolver problemas) (22).

El T.O. trata de ayudar al individuo a obtener mayor consideración de sí mismo y a desarrollar sus destrezas (22). Un tratamiento psicosocial deberá incluir habilidades cognitivas funcionales que capaciten al paciente para interactuar en su entorno y sentirse seguro en el desempeño de las tareas cotidianas (26).

3. HIPÓTESIS

Los pacientes con diagnóstico de T.M.G. tienen un rendimiento cognitivo menor que la población mayor de 65 años. El rendimiento cognitivo varía después de realizar de actividades cotidianas, conocer el grado de deterioro me puede orientar para la realización de un programa de actividades de T.O. individualizado.

4. OBJETIVOS

- Valorar la capacidad cognitiva de los pacientes con diagnóstico T.M.G. ingresados en el C.R.P. de Nuestra Sra del Pilar de las Unidades de Psicogeriatría.
- Comparar la valoración cognitiva con la participación de los usuarios en actividades de T.O.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

En mi trabajo realizo un estudio descriptivo longitudinal durante el año 2010 y primer trimestre de 2011.

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PudMed, ScienceDirect, encontrándose en la base de datos de PudMed se encontraron 8 artículos y en la datos de ScienceDirec 12 artículos.

He buscado también información en Psiquiatría.com y en la revista Argentina de Alzheimer.

Las palabras clave utilizadas fueron deterioro cognitivo, enfermedades mentales, y rehabilitación cognitiva en esquizofrenia.

Para el trabajo he utilizado una muestra de pacientes ingresados en el hospital Psiquiátrico Ntra Sra del Pilar en las dos unidades de psicogeriatría.

He comparado los datos del año 2010 con los del 2011 a partir de la valoración con el M.M.S.E. Mini-Mental State Examination de Folstein, instrumento utilizado en el C.R.P. por medio de una valoración individualizada de cada uno de ellos.

MEDIDAS COGNITIVAS:

He utilizado como herramienta de medida M.M.S.E. (19). Ya que valora la orientación temporal, la memoria de fijación, la atención y el cálculo, la memoria diferida, el lenguaje, las praxis. Un resultado por encima de 27 puntos (de 30) se considera normal, una calificación por debajo de los 24 sugiere una demencia, con una valoración 23-21 demencia leve, 20-21 demencia moderada, menor de 10 demencia severa.

Es un test cognitivo breve para el estudio de capacidades cognitivas (21).

La justificación de su elección es por la experiencia en la utilización de esta escala en nuestro país y porque su uso repetido me sirve para valorar la evolución del paciente.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EXCLUSION.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

-Pacientes ingresados en el CRP de más de 65 años que padecen TMG de larga evolución, con más de 20 años de estancia en el hospital.

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes que se niegan a colaborar

-Pacientes que por su deterioro, o por su situación clínica no es posible valorar.

En total el nº de pacientes valorados es de 34 pacientes 20 mujeres y 14 hombres.

Nº DE USUARIOS Y PUNTACIÓN M.M.S.E		
AÑOS 2010-2011		
PUNTUACIÓN	2010	2011
0-4	1	
5-9	2	4
10-14	6	5
15-19	5	9
20-24	7	4
25-30	13	12

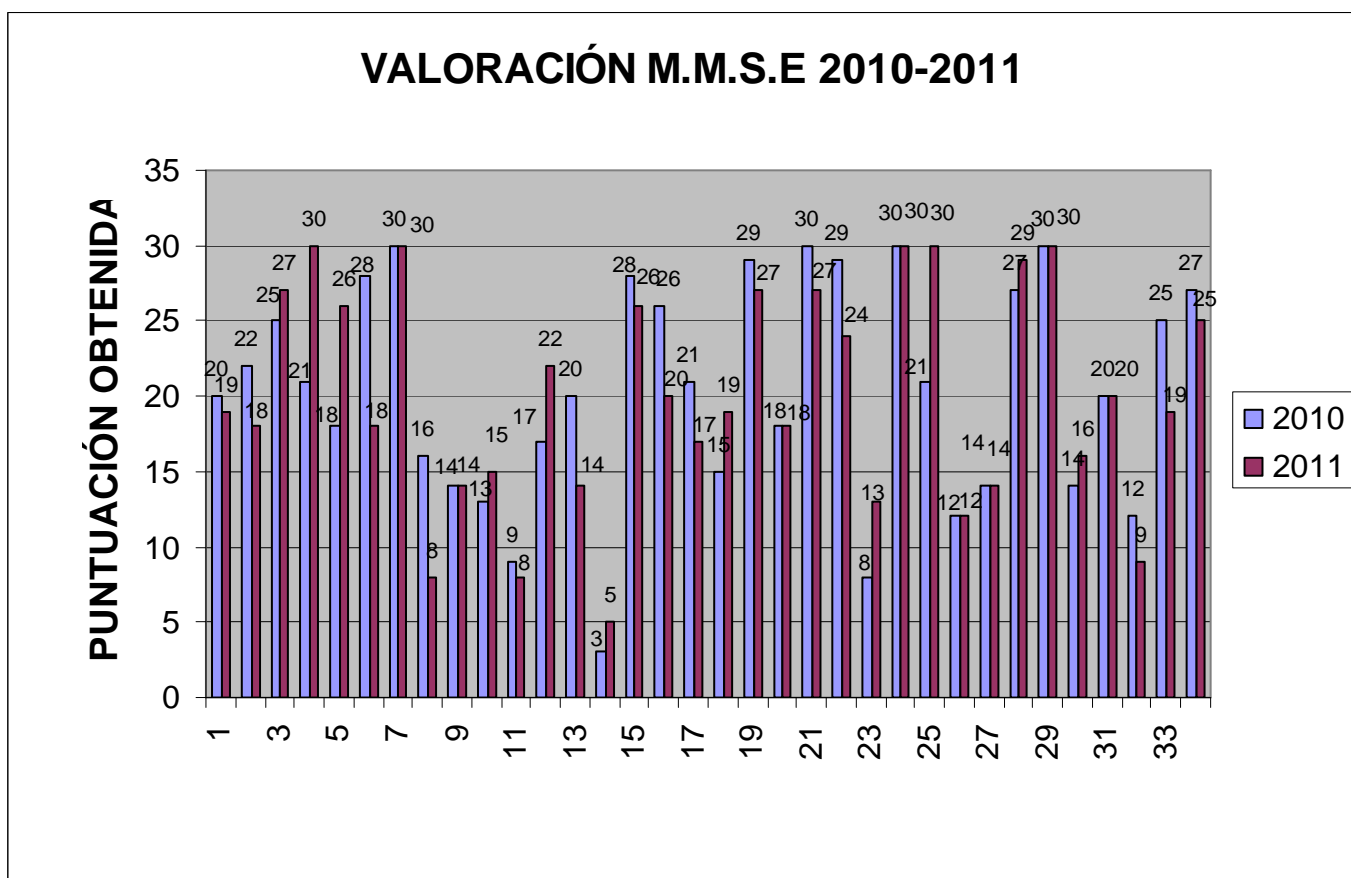


Tabla 1

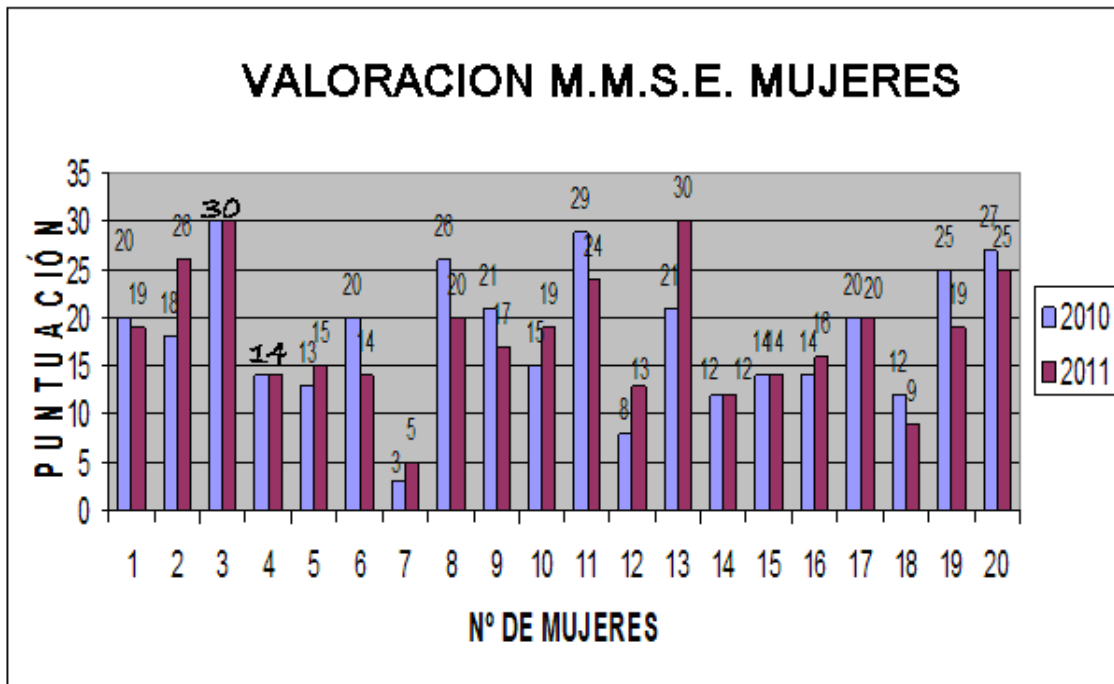


Tabla 2

Nº DE MUJERES Y PUNTAÇÃO M.M.S.E. AÑOS 2010-2011		
PUNTAÇÃO	Nº 2010	Nº 2011
0-4	1	
5-9	2	1
10-14	4	5
15-19	2	6
20-24	5	4
25-30	6	4

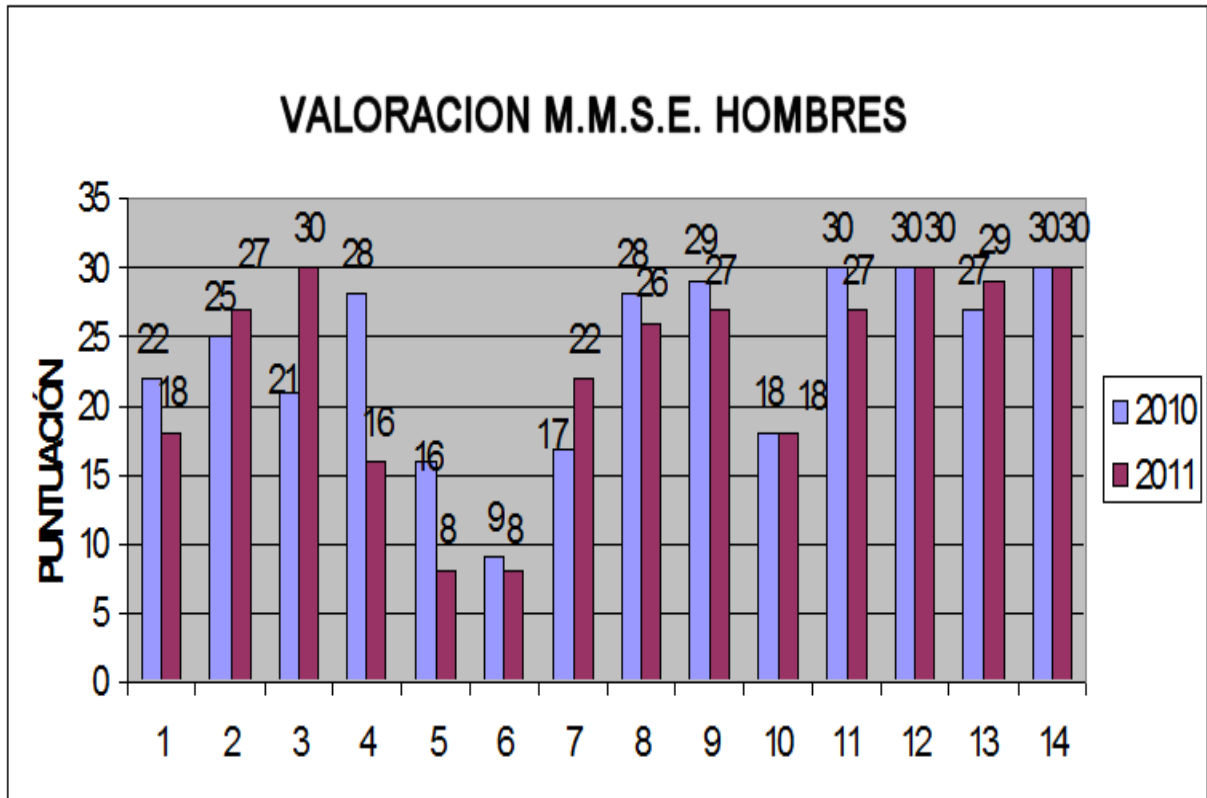


Tabla 3

N° DE HOMBRES Y PUNTACIÓN M.M.S.E. AÑOS 2010-2011		
PUNTUACIÓN	N° 2010	N° 2011
0-4	0	0
5-9	1	2
10-14	0	0
15-19	3	3
20-24	2	1
25-30	8	8

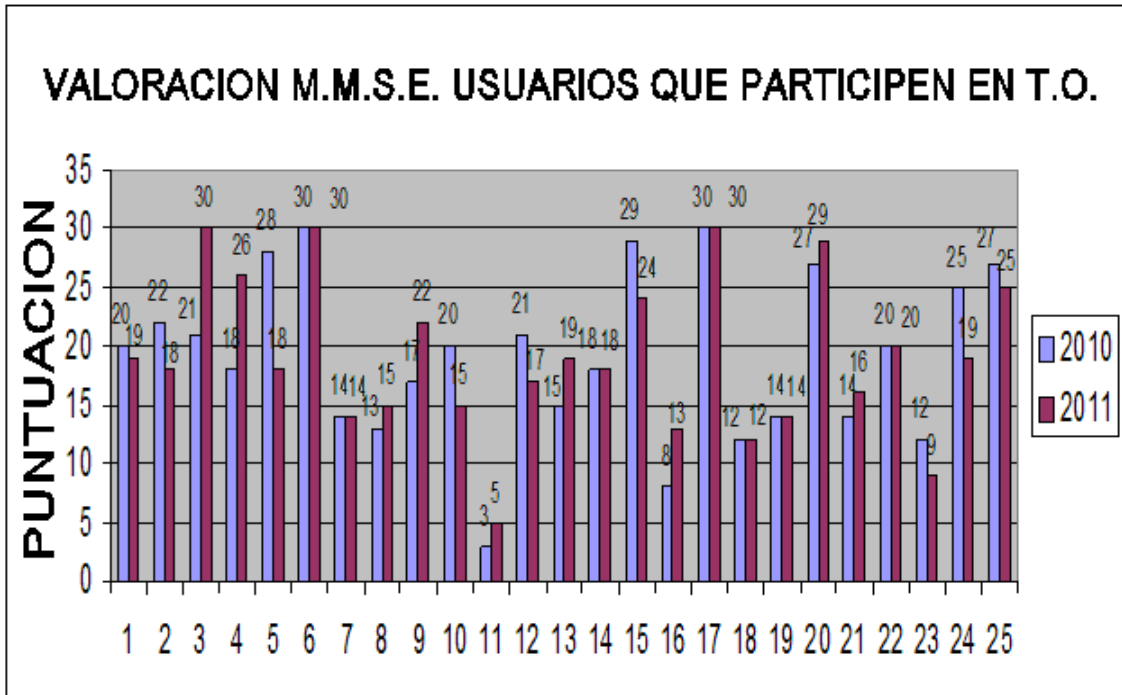


Tabla 4

VALORACIÓN M.M.S.E. DE USUARIOS QUE PARTICIPAN EN T.O.		
PUNTUACIÓN	Nº 2010	Nº 2011
0-4	1	0
5-9	2	2
10-14	6	4
15-19	4	10
20-24	6	2
25-30	7	7

PARTICIPACIÓN EN T.O. POR SEXOS

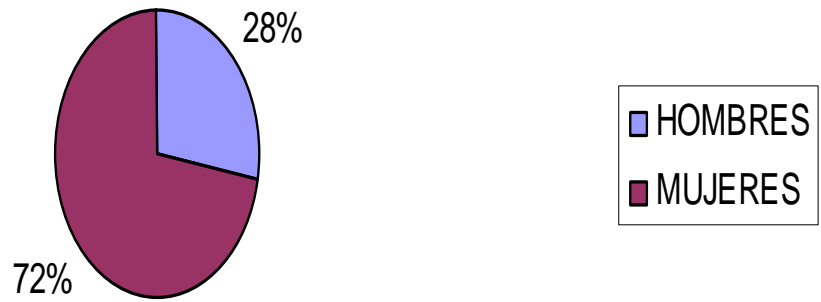


Tabla 5,a

VALORACIÓN USUARIOS QUE PARTICIPAN EN T.O.

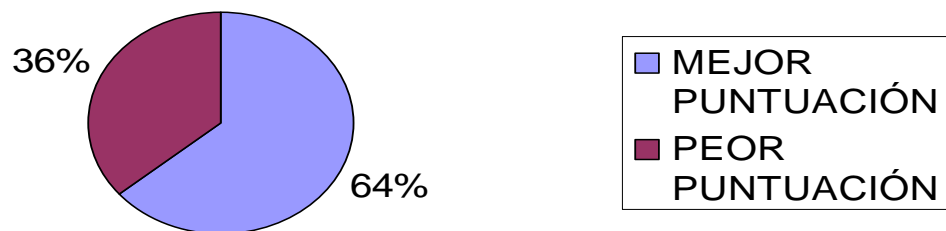


Tabla 5,b

VALORACIÓN M.M.S.E. DE MUJERES QUE PARTICIPAN EN T.O.

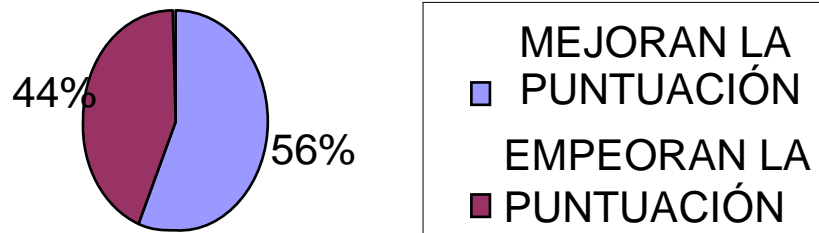


Tabla 6

VALORACIÓN M.M.S.E. DE HOMBRES QUE PARTICIPAN EN T.O.

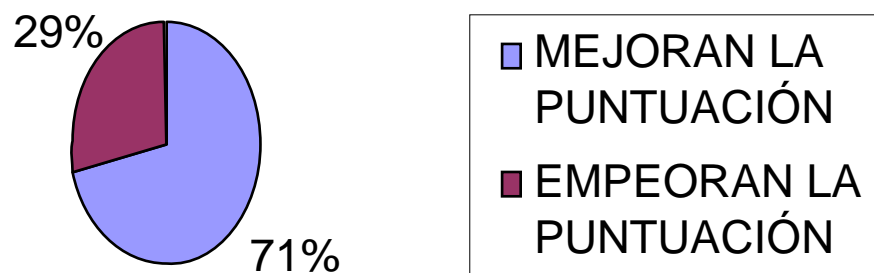
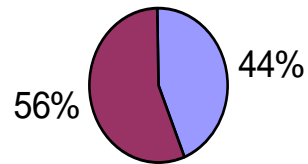


Tabla 7

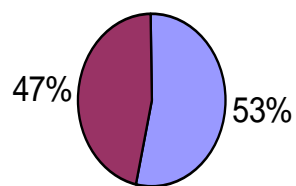
RELACIÓN ENTRE USUARIOS QUE SALEN A LA COMUNIDAD Y LOS QUE NO SALEN



■ SALEN A LA COMUNIDAD ■ NO SALEN A LA COMUNIDAD

Tabla 8

SALIDAS A LA COMUNIDAD POR SEXOS



■ HOMBRES ■ MUJERES

Tabla 9

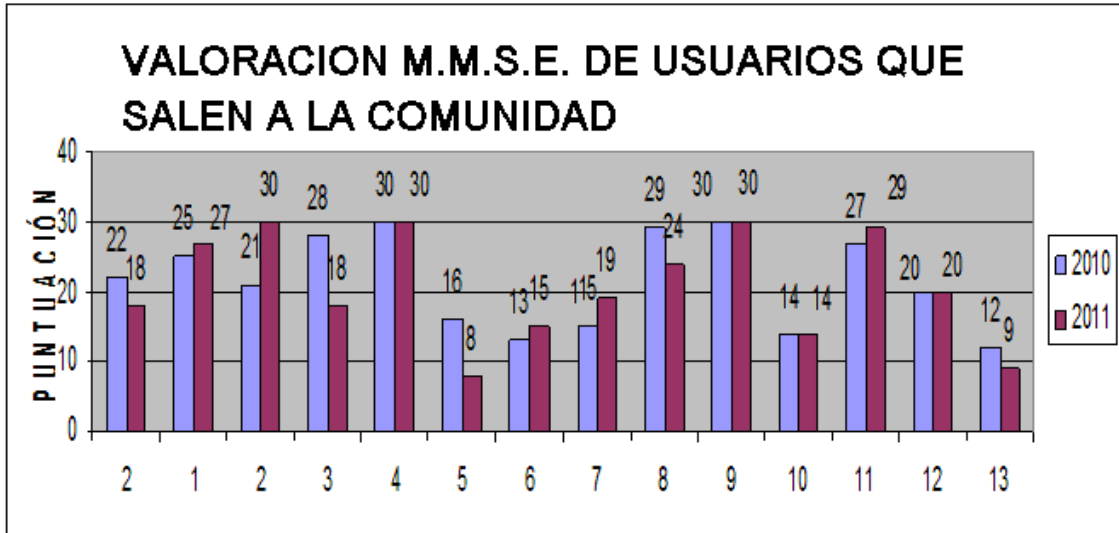


Tabla 14

VALORACIÓN M.M.S.E. DE USUARIOS QUE SALEN A LA COMUNIDAD		
PUNTUACIÓN	Nº 2010	Nº 2011
0-4	0	0
5-9	0	2
10-14	3	1
15-19	2	3
20-24	2	2
25-30	6	5

VALORACIÓN M.M.S.E. DE HOMBRES QUE SALEN A LA COMUNIDAD

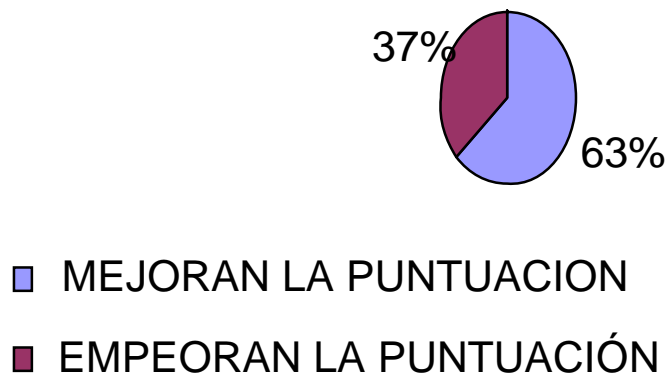


Tabla 10

VALORACIÓN M.M.S.E. DE MUJERES QUE SALEN A LA COMUNIDAD

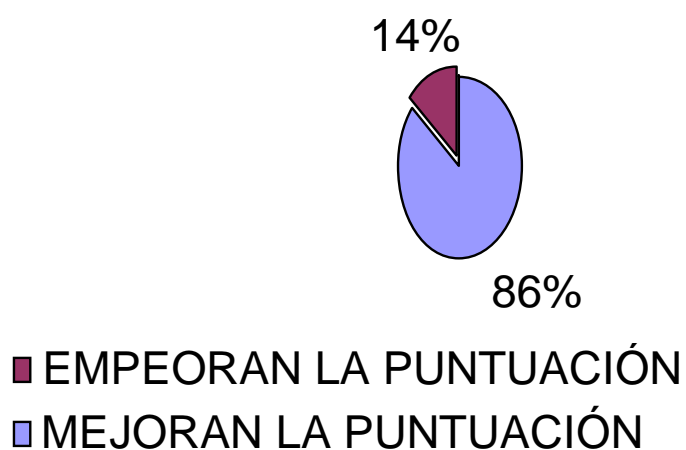
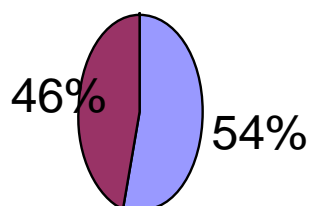


Tabla 11

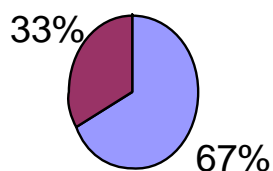
VALORACIÓN M.M.S.E. MUJERES QUE NO SALEN A LA COMUNIDAD



- MEJORAN LA PUNTUACIÓN
- EMPEORAN LA PUNTUACIÓN

Tabla 12

VALORACIÓN M.M.S.E. USUARIOS QUE SALEN A LA COMUNIDAD



- MEJORAN PUNTUACIÓN
- EMPEORAN PUNTUACIÓN

Tabla 13

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Observo los siguientes resultados en 34 pacientes con T.M.G. 10 mejoraron en el M.M.S.E, 8 mantuvieron la puntuación, 16 empeoraron; de estos últimos ,11 obtuvieron 4 puntos menos que el año anterior (tabla 1). Esto me indica que el deterioro cognitivo con pacientes con T.M.G. es mucho mas lento que en otras patologías como la D.T.A. Los usuarios mantienen su nivel cognitivo, incluso pueden mejorar el rendimiento cognoscitivo; tal como manifiesta Sánchez M. (16).

Si comparo el rendimiento por sexos, de las 20 mujeres valoradas, 7 mujeres mejoraron la puntuación, 5 obtienen la misma puntuación que el año anterior y 8 tuvieron peores resultados (tabla 2). En cuanto a los hombres, de los 14 valorados 4 mejoraron, 3 se mantuvieron igual que el año anterior y 7 obtuvieron peor puntuación (tabla 3). Por lo que puedo decir que hay más mujeres con T.M.G. que mejoran o mantienen el rendimiento cognitivo. Si comparo la relación entre la participación de los hombres y las mejorías en la puntuación del M.M.S.. La proporción es igual entre los que mejoran o se mantienen en la puntuación y los que empeoran.

Si comparo la participación en T.O., el 72 % son mujeres frente a un 28 % que son hombres; por tanto la participación en los hombres es menor (tabla 4)

En cuanto a la participación en T.O., asiste un 75 % frente a un 25 % de usuarios que no participan en las sesiones de Terapia Ocupacional.

Si comparo las puntuaciones en el M.M.S.E. durante los años 2010-2011. Los usuarios que participan en el programa de actividades de T.O. sin distinción de sexo se obtienen los siguientes resultados:

- El 64 % de pacientes que participan en T.O. tienen mejor o igual resultado en la puntuación que los que no participan y el 36 % de**

pacientes que participan en T.O. obtienen peores resultados en el M.M.S.E. (tabla 5,b)

Si comparo la participación por sexos con el rendimiento cognitivo observo que: un 56 % de mujeres que participan obtienen mejores resultados en la valoración cognitiva frente a un 44% de mujeres que asisten a T.O. y obtienen peor puntuación (tabla 6). En cuanto a los hombres; un 71% que participaron en T.O. obtiene mejor puntuación en el M.M.S.E frente a un 29% que participan pero obtienen peor puntuación; veo que los hombres que asisten a T.O. obtienen mejor rendimiento cognitivo que las mujeres (tabla 7).

Los pacientes con T.M.G. presentan deterioro cognitivo leve, en concreto en las funciones ejecutivas, en la práctica observo dificultades en la cognición social, es decir para expresar emociones tal y como se comenta Serap E.(6).

Según mi observación y basándome en el estudio de Keefe (13); el trabajo cognitivo tiene que ir más allá de realizar un tratamiento de ejercicios donde se trabaje de forma aislada un déficit cognitivo, el tratamiento tiene que además generalizarse a las actividades cotidianas de la vida diaria. Es importante que conozca las dificultades que tienen los usuarios en las actividades cotidianas para elaborar un programa de rehabilitación cognitiva ecológica. Es decir destinado a mejorar las capacidades funcionales en el medio donde el usuario se desenvuelve.

Pacientes con puntuación superior a 25 puntos son autónomos para salir a la comunidad sin embargo aunque no tengan deterioro cognitivo, la sintomatología negativa y positiva de la enfermedad hace que necesiten acompañamiento para casi todas las salidas a la comunidad, por los que se incluye como actividad cotidiana que necesita supervisión por parte de T.O.

Para que la valoración cognitiva sea fiable es necesario valorar los dominios cognitivos en un contexto cotidiano, lo que Keefe denomina rehabilitación ecológica (13). Para valorar la autonomía de estas

personas en las actividades cotidianas he comparado el rendimiento cognitivo con la participación en salidas a la comunidad; he obtenido los siguientes resultados: un 44% de usuarios salen a la comunidad frente a un 56 % de usuarios que no sale a la comunidad; del 44% de usuarios que salen a la comunidad mejora la puntuación un 67 % frente a un 33 % que obtiene peores resultados en el M.M.S.E. (tabla 8). Por tanto las salidas a la comunidad son una herramienta positiva para mejorar las capacidades cognitivas.

Si comparo las salidas a la comunidad por sexos un 53 % de las personas que salen a la comunidad son hombres frente a un 47% que son mujeres (tabla 9).

Si relaciono las salidas a la comunidad según el sexo con el rendimiento cognitivo, obtengo los siguientes resultados:

De los pacientes varones que salen a la comunidad, el 37 % de hombres empeoran la puntuación M.M.S.E., y el 63 % mejora (tabla 10). El 86 % de las mujeres mejora la puntuación frente a un 14 % que tienen peor puntuación (tabla 11). Si comparo con las mujeres que no salen a la comunidad un 54 % mejora frente a un 46 % que empeora (tabla 12). Destacaré que el rendimiento cognitivo en los hombres es mejor para aquellos que salen a la comunidad y en las mujeres las actividades en la comunidad suponen un beneficio significativo en el rendimiento cognitivo.

Las salidas a la comunidad forman parte del programa de actividades de T.O. con el fin de que desarrolle una rehabilitación cognitiva donde tenga en cuenta las actividades cotidianas. Un 67% de los usuarios que salen a la comunidad mejora en puntuación frente a un 33%(tabla 13)

El perfil de estos pacientes suele ser el de enfermos crónicos que tienen afectada gravemente el área, personal, social, familiar y ocupacional. Diseñaré un programa de actividades que contemple la gravedad clínica y la edad los pacientes. Los objetivos del tratamiento

son prevenir el deterioro cognitivo, fomentar la autonomía y remotivación del paciente.

Para evitar la dependencia es importante que realice un trabajo donde tenga en cuenta la valoración de intereses, la participación en los grupos, las relaciones interpersonales, la mejora de la cognición social. La combinación de todo esto hace posible mejorar y mantener el rendimiento cognitivo.

7. CONCLUSIONES

El porcentaje de los pacientes que participan en actividades de Terapia Ocupacional obtienen mejores resultados en la valoración cognitiva que los que no participan.

Es importante que el diseño desde Terapia Ocupacional de actividades se base en los intereses y necesidades del usuario, de esta forma mejorará la sintomatología de la enfermedad, el funcionamiento social y el rendimiento cognitivo.

La participación del enfermo mental en las actividades cotidianas y en la comunidad mejora su rendimiento cognitivo y su calidad de vida.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1. Proceso asistencial integrado Trastorno Mental Grave. Junta de Andalucía, consejera de Salud de Sevilla. 2002. capítulo 33. 36-58.**
- 2. Grega R. et al. Conectividad de red de cerebro en individuos con Schizophrenia y sus hermanos. 2010 Society of Biological Psychiatry 1-7**
- 3. Piskulic D. et al. Estudios comportamientos de trastorno de memoria de trabajo espacial en la esquizofrenia: una revisión de literatura cuantitativa. Investigación de psiquiatría. Investigación de psiquiatría 150 .2007 111 121.**
- 4. Gómez Tolón J. Adiestramiento semiótico-espacial de las funciones ejecutivas. Mira editores.2010 Capítulo 5. 51-55.**
- 5. Elena S. Herbecer. Incapacidad específica en la retención a largo plazo de la preferencia condicionando en la esquizofrenia. Society of Biological Psychiatry. 2009 33-45**
- 6. Serap Monkul E. , Melissa J. Green , Jennifer A. Barrett , Jennifer L. Robinson ,Dawn I. Velligan , David C. Glahn. A social cognitive approach to emotional intensity judgment deficits in schizophrenia.Investigación de esquizofrenia 94 .2007. 245 252**
- 7. Kuha A, Suvisaari J, Perälä J, Eerola M, Saarni SS, Partonen T, Lönnqvist J, Tuulio-Henriksson A. Associations of anhedonia and cognition in persons with schizophrenia spectrum disorders, their siblings, and controls.Investigación de psiquiatría 149 .2007. 11- 23**
- 9. Lori L. Altshuler , Carolinita E. Bearden, Michael F. Green, Wilfred van Gorp , Jim Mintz,. Un parentesco entre incapacidad específica de neurocognitive e incapacidad específica funcional en el desorden bipolar: un estudio guiador auxiliar. Investigación de psiquiatría 157 (2008) 289- 293.**
- 10. Gallhofer B, Jaanson P, Mittoux A, Tanghøj P, Lis S, Krieger S. Course of recovery of cognitive impairment in patients with schizophrenia: a**

randomised double-blind study comparing sertindole and haloperidol. *harmacopsychiatry*. 2007 Nov;40 6:275-86.

11. Granholm E, McQuaid JR, Link PC, Fish S, Patterson T, Jeste DV. Neuropsychological predictors of functional outcome in Cognitive Behavioral Social Skills Training for older people with schizophrenia. Healthcare System, San Diego, CA 92161.

12. K.H. Nuechterlein, D.M. Barch, J.M. Gold, T.E. Goldberg, M.F. Green and R.K. Heaton, Identification of separable cognitive factors in schizophrenia, *Schizophr Res* 72 2004, pp. Artículo 29–39.

13. Keefe R., Eesley C. and Poe M., Defining a cognitive function decrement in schizophrenia, *Biol Psychiatry* 57 2005, pp. 688–691.

14. Keefe R.,Poe M., Walker T., Kang J. and Harvey P., The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning, and functional capacity, *Am J Psychiatry* 163 2006.p426–432.

15. Gil D, Bengochea R, Arrieta M, Fernández M, Álvarez A, Sánchez R, Parat R, Arce A. Validez del factor cognitivo de la PANSS como medida del rendimiento cognitivo en esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, Volumen 2, Octubre-Diciembre de 2009, Paginas 160-168.

16. Sánchez Pérez M, Cejudo Bolívar J.C., Morillau Martínez A. Diagnostico demencia en pacientes esquizofrénicos crónicos, mayores de 65 años. Septiembre de 2009. 43. 32-37 *Psiquiatria.com* enlace 652. *Alzheimer*.2009

17. McGurk SR, Mueser KT, DeRosa TJ, Wolfe R., susan.r.mcgurk@dartmouth.edu. *Schizophr Bull*. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. 2009 Mar; 35 2-319-35. Epub 2009 Mar 5.

18. Medalla A.Cognitive rehabilitation in schizophrenia. Neuropsychological approaches. *Abstracts / Schizophrenia Research* 102/1–3, Supplement 2- 2008 1–279

19. Lobo A. et al. Mini examen cognoscitivo. Actas Luso-Españolas de Neurología, psiquiatría y ciencias afines 1979 vol 3, 189-202
- 20 .López M, Laviana M, García Cubillana P, Fernández L. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía(I): descripción general del programa y del estudio. Rehabilitación psicosocial 2005- fearp.org
21. Gaspar Escayola J.I. et al. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX. Escalas de valoración funcional y cognitiva. Gobierno de Aragon 2006.325-328
22. Mosey.A.C, Psychosocial Components of Occupational Therapy. Raven Press New York. EEUU. 1986
- 23.Programa de Rehabilitación y reinserción psicosocial en salud mental.Plan estratégico de salud mental. Servicio Aragones de Salud.2003
- 24.Cavieres A. y Valdebenito M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Revista Chilena de neuropsiquiatria 2005 .43
25. Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos.Madrid 2006.229-247
26. Kielhofner G. Modelo de ocupación humana. 2011. 2-9

ANEXO

MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL (M.M.S., Folstein1975, Lobo 1979)

Paciente _____ Edad _____ Escol: No E M S
Ocupación _____ Fecha _____ Examinador _____

ORIENTACION TEMPORAL

Día (de la semana) 0 1
Día (del mes) 0 1
Mes 0 1
Estación 0 1
Año 0 1

ORIENTACION ESPACIAL

Hospital o Lugar 0 1
Piso o Servicio 0 1
Barrio o Calle 0 1
Ciudad 0 1
País 0 1

Puntos

Puntos

MEMORIA DE FIJACION

Repetir : papel, bicicleta, cuchara.

1 punto por cada objeto correcto. Máximo 3 puntos, los 3 y en orden

Repetir hasta que los aprenda. N° de repeticiones:

Puntos

ATENCION Y CALCULO

Restar de 7 en 7, desde 100, 5 veces, máximo 5 puntos: 93, 86, 79, 72, 65
(Con baja escolaridad, de 3 en 3): 97, 94, 91, 88, 85

Puntos

MEMORIA DIFERIDA

Repetir las tres palabras dichas antes, máximo 3 puntos

Papel Bicicleta Cuchara

Puntos

LENGUAJE

Denominar : Reloj Bolígrafo Máximo, 2 puntos

Puntos

Repetir correctamente: En un trébol había cinco perros: 1 punto

Puntos

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y déjelo en el suelo (hasta 3 puntos)

Puntos

Lea esto y hágalo: **CIERRE LOS OJOS** (1 punto)

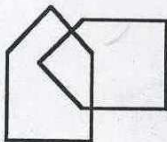
Puntos

Escribir una frase. (puntúa si tiene sentido, con sujeto y verbo) . Máximo, 1 punto

Puntos

Copiar este dibujo: (1 punto)

Puntos



Total puntos

(24-30 puntos: normal. 23 o menos: deterioro)