

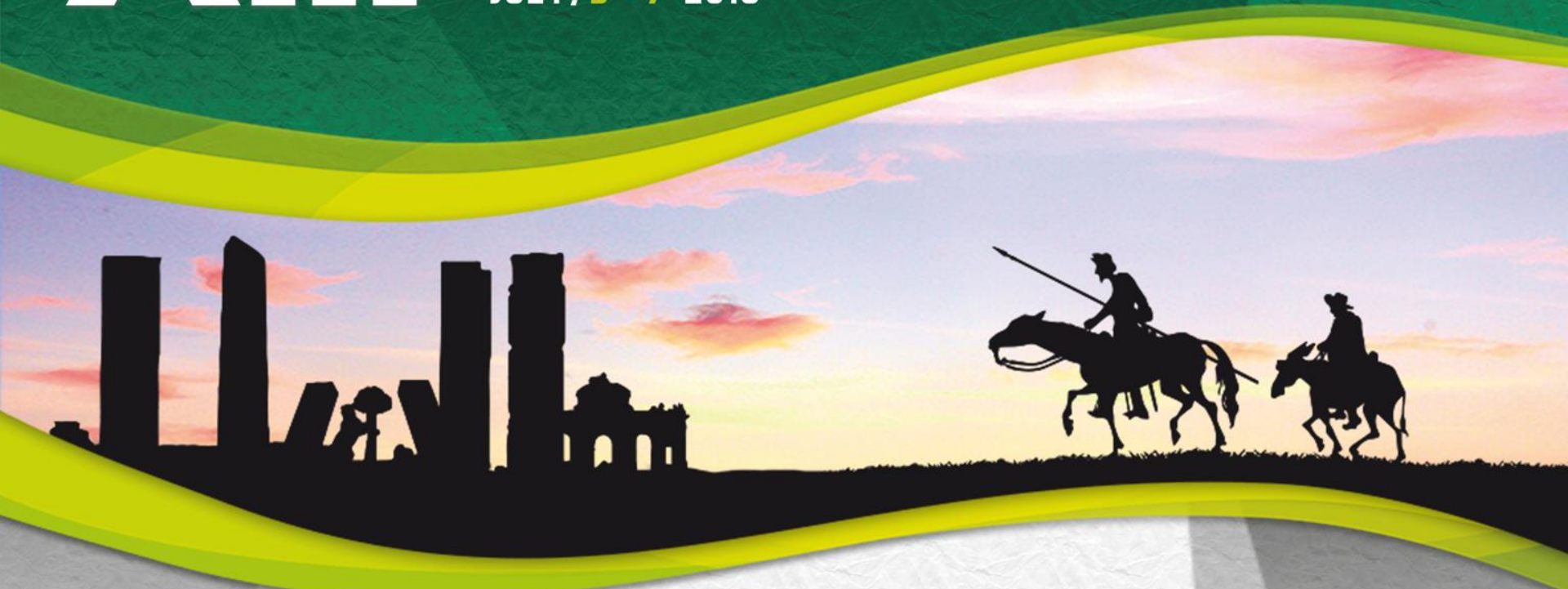
XIII WAPR World Congress

PALACIO MUNICIPAL DE CONGRESOS DE MADRID
JULY, 5 - 7 2018

Recovery, Citizenship, Human Rights
Reviewing consensus

www.wapr2018madrid.com
info@wapr2018madrid.com

FOLLOW US:  : WAPR
 : @wapr_amrp



MADRID2018

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN MENTAL HEALTH

Organizers



International Endorsements



National Endorsements



Technical Secretariat:



C/ Narváez 15 - 28009 Madrid - Tel. 902 430 960
Fax: 902 430 959 - info@fase20.com - www.fase20.com

Neurocognición y Cognición Social

Evidencias y Retos de la Cognición Social en esquizofrenia

David Gil, Psicólogo Clínico

Centro Hospitalario Padre Menni, Santander

Universidad Europea del Atlántico, Santander



Algunas definiciones de cognición social:

- ❖ Conjunto de **operaciones mentales** que subyacen en las interacciones sociales, que incluyen la habilidad y capacidad humana de percibir las intenciones y disposiciones de otros
- ❖ **Procesos y funciones** que permiten a una persona comprender, actuar en, y beneficiarse del mundo interpersonal
- ❖ Conjunto de **operaciones mentales** que subyacen en las interacciones sociales y que incluyen la percepción, interpretación y generación de respuestas a las intenciones, disposiciones y comportamientos de otros



Común a todas las definiciones:

- ❖ Es un conjunto de operaciones / funciones mentales o dominios (luego veremos cuáles son)
- ❖ Subyace en las interacciones sociales
- ❖ Permiten comprender las emociones e intenciones de los demás y actuar en consecuencia

Se da por hecho que los adultos manejamos de manera adecuada los diferentes dominios de la CS.



Si bien ya había estudios previos sobre CS y esquizofrenia, es a partir de 2002 con la iniciativa MATRICS del National Institute of Mental Health (NIMH) cuando el estudio de la CS cobra relevancia.

Dando continuidad a la iniciativa MATRICS , el NIMH propone una serie de cuestiones o retos que es necesario abordar y responder para lograr una mayor comprensión sobre la CS en esquizofrenia:

- ¿Cuáles son los dominios que integran la CS?, ¿hay apoyo empírico para esos dominios?
- ¿Cuál es la relación entre la CS y la neurocognición?
- ¿Qué importancia tiene la CS en el funcionamiento psicosocial?

Retos sobre CS en esquizofrenia:

- ¿Los déficit en CS preceden al inicio de la enfermedad?, ¿cuál es su evolución?
- ¿Hay pruebas con buenas propiedades psicométricas para valorar CS en esquizofrenia?
- ¿Tenemos intervenciones que hayan mostrado su eficacia en la mejora de la CS en esquizofrenia?

Vamos con estas preguntas



¿Cuáles son los dominios de la CS?



Pinkham et al., (2014) proponen la existencia de cuatro dominios de CS en esquizofrenia: procesamiento emocional, teoría de la mente, estilo o sesgo atribucional y percepción social.

Sin embargo, ¿hay evidencia empírica que lo apoye?

- Mancuso et al., (2011): **tres factores** que integran elementos de los cuatro dominios: estilo atribucional, detección de señales sociales de nivel inferior, nivel superior de procesamiento inferencial
- Browne et al., (2016): **un único factor** que agrupa medidas de reconocimiento de emociones y de ToM (no incluyeron estilo atribucional), y que se obtiene tanto en pacientes como en sujetos control

Sin embargo, ¿hay evidencia empírica que lo apoye?

- Buck et al., (2016): **dos factores** en población con esquizofrenia y **tres factores** en población control:
 - En esquizofrenia: estilo atribucional y habilidades de CS, que incluyen percepción de emociones y ToM
 - En población control: coinciden con la solución factorial de Mancuso en pacientes: estilo atribucional, detección de señales sociales de nivel inferior, nivel superior de procesamiento inferencial



Además, en población no clínica se proponen otros dominios como

- La auto-percepción
- Los prejuicios y estereotipos
- El pensamiento contrafactual
- El sesgo retrospectivo
- La empatía



Retos:

- “Acotar” la definición y la estructura factorial de la CS, tanto con población clínica como no clínica: ¿realmente sabemos qué es la CS?
- ¿Tiene sentido que las habilidades de un mismo constructo se definan de manera diferente en población clínica y en población no clínica?
- ¿Estamos en un momento de “Pan-Cognición Social”?



¿Cuál es la relación entre la CS y la neurocognición?



Evidencias:

- Se ha propuesto un circuito neuronal propio para la CS, que incluye la amígdala, el surco temporal superior y los córtex prefrontales (*Adolphs, 2001; Pinkham et al., 2003; Winston et al., 2004*)
- Desde el inicio de la enfermedad los déficit en CS se muestran independientes del CI o del funcionamiento cognitivo (*Fett et al., 2011; Mancuso et al., 2011; Pomarol-Clotet et al., 2010*)
- Diferentes análisis factoriales han confirmado que la CS y la neurocognición son dominios independientes (*Sergi et al., 2007; van Hooren et al., 2008*)

Evidencias:

- En conjunto, los estudios realizados concluyen que los déficit en CS no pueden explicarse únicamente por los déficit en funciones cognitivas básicas.
- Sin embargo, algunos autores ponen en duda esta conclusión:
 - Fanning et al., (2012): una buena neurocognición es necesaria, aunque no suficiente, para una buena CS
 - Mehta et al., (2014): la neurocognición puede explicar hasta el 39% del rendimiento en pruebas de CS, sobre todo memoria y funciones ejecutivas

Retos:

- Diseñar estudios longitudinales que valoren la relación entre ambos constructos
- Determinar la relación con cada dominio de la CS
- ¿Es una buena neurocognición un requisito previo y necesario para una buena CS?



¿Qué importancia tiene la CS
en el funcionamiento psicosocial?



Evidencias:

- La CS podría tener más peso que la neurocognición en el funcionamiento diario de los pacientes, en especial la ToM (*Fett et al., 2011; Mancuso et al., 2011*)
- La ToM se ha propuesto como un predictor del funcionamiento psicosocial (*Bora et al., 2006, Ventura et al., 2015*)
- *Kalin et al., (2015)* concluyen que los síntomas negativos y la CS son los dos aspectos que más influyen en el funcionamiento



Evidencias:

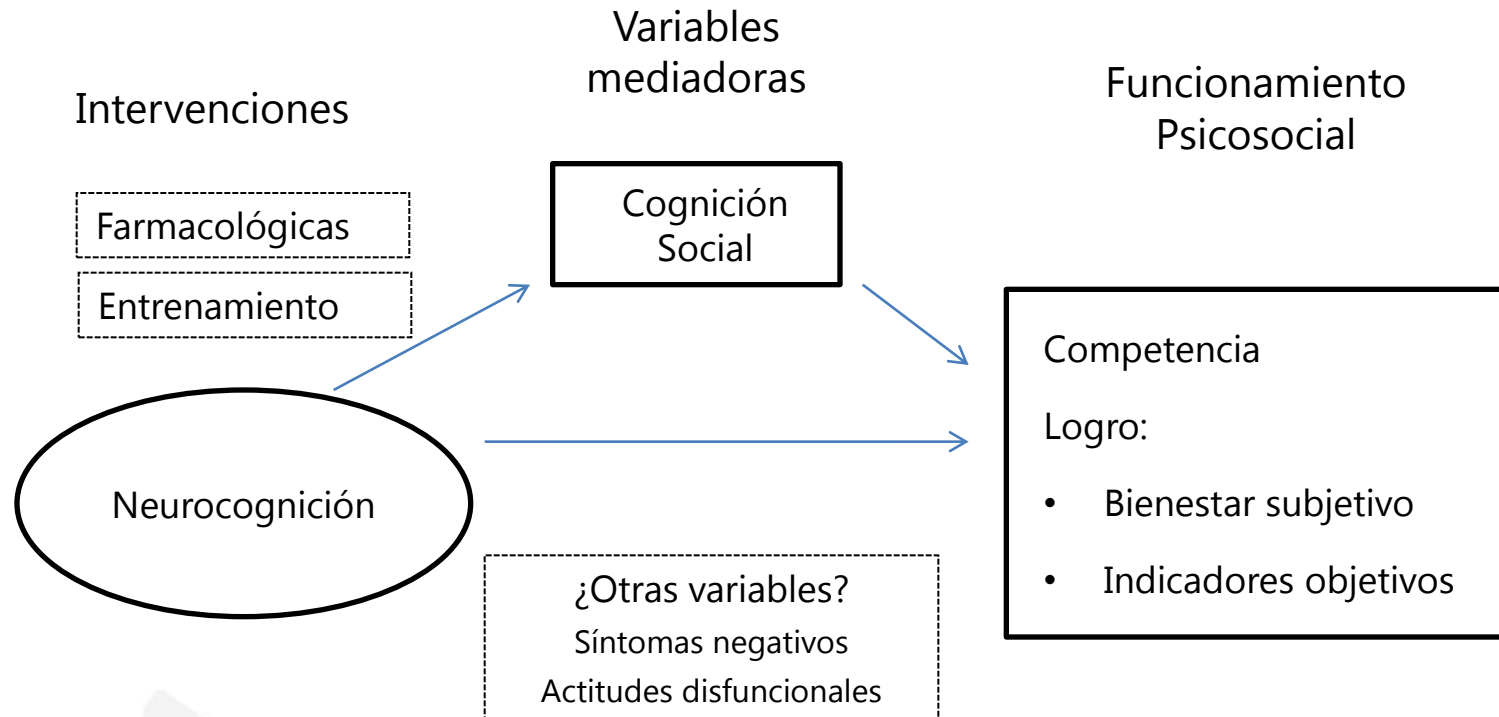
- Hay pocos estudios en sujetos de alto riesgo y los resultados obtenidos resultan poco concluyentes, si bien parece que la ToM es el dominio que más se relaciona con el funcionamiento (*Barbato et al., 2013; Cotter et al., 2015*)
- En conclusión, independientemente de la fase de la enfermedad, la ToM parece ser el dominio más influyente.



Dos hipótesis explicativas:

1. Relación directa entre CS y funcionamiento psicosocial: se ha constatado desde el inicio de la enfermedad y en estudios longitudinales como variable predictora (*Horan et al., 2012*)
2. La CS es una variable mediadora entre la neurocognición y el funcionamiento en la comunidad: modelos de Brekke et al., (2005) y de Vauth et al., (2004)





Retos:

- Valorar cómo contribuye cada dominio de la CS al funcionamiento diario de los pacientes, y no el concepto global de CS
- Valorar con más precisión la relación entre CS y funcionamiento en sujetos de alto riesgo, ¿la CS puede ser un predictor del desempeño futuro?
- Si es así, ¿podemos mejorar el desempeño si mejoramos la CS?, ¿o podemos orientar el desempeño según la CS?



¿Los déficit en CS preceden al inicio de la enfermedad?, ¿cómo evolucionan?



Evidencias:

- Los déficit en CS son un marcador de riesgo para esquizofrenia, presentes antes del inicio de la enfermedad y más significativos que los déficit neurocognitivos (*Barbato et al., 2015; Lee et al., 2015*)
- Los sujetos que transitan a esquizofrenia muestran mayor déficit en ToM que los que no (*Lee et al., 2015*)
- Se mantienen estables 12 meses después del primer brote psicótico, independientemente de la mejora de los síntomas, y son comparables a los que se constatan en fases crónicas de la enfermedad (*Green et al., 2012, Horan et al., 2012*)

Evidencias:

- Por tanto, no pueden entenderse como el resultado de la cronicidad o la gravedad de la enfermedad (*Green et al., 2012*)
- El déficit en CS se propone como una característica prototípica de la esquizofrenia (*Savla et al., 2013*)
- En contra de esta conclusión, algunos autores afirman que el déficit en ToM (al menos de primer orden) es una variable estado y no rasgo (*Caldioli et al., 2016; Pousa et al., 2008*)



Retos:

- ❖ Confirmar que los déficit en cada dominio de CS son un marcador de riesgo en sujetos de alto riesgo que luego transitan a esquizofrenia
- ❖ Si fuera así, ¿podrían ser eficaces los programas de entrenamiento en CS como intervención temprana?
- ❖ Dejando volar la imaginación, ¿podría ser recomendable implementar en los colegios el aprendizaje de habilidades de CS?



¿Hay pruebas con buenas propiedades
psicométricas para valorar
CS en esquizofrenia?



El equipo liderado por Pinkham (2014, 2017) ha desarrollado el estudio SCOPE (Social Cognition Psychometric Evaluation) con el objetivo de valorar las pruebas más utilizadas en CS y revisar a la vez sus propiedades psicométricas.

Criterios:

- Fiabilidad test-retest, interjueces y consistencia interna
- Normalidad de las puntuaciones, efectos techo y suelo
- Utilidad como medida repetida
- Validez convergente, discriminante y de criterio
- Practicidad y tolerancia

Concluyen que:

- Bell-Lysakert Emotion Recognition Test
 - Hinting Task *
 - Emotion Recognition-40
 - Eyes Test
 - The Awareness of Social Inference Test
 - Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire
- Buenas
- Moderadas
- Débiles

* La única en primeros episodios

Hay pocas pruebas validadas en español:

- Prueba de Evaluación del Reconocimiento de Emociones (*Gil-Sanz et al., 2017*)
- Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (*Extremera y Fernández-Berrocal, TEA*)
- Test de las insinuaciones (*Gil et al., 2012*)
- Test de las meteduras de pata (*Fernández-Modamio et al., In press*)
- Test de los ojos (*Redondo y Herrero-Fernández, 2018*)
- Cuestionario de estilo atribucional (*Sanjuan y Magallares, 2006*)
- Movie for the Assessment of Social Cognition (*Lahera et al., 2014*)

Retos:

- ❖ Con la excepción de pruebas como la MASC, la inmensa mayoría de pruebas carecen de validez ecológica
- ❖ Por tanto, ¿cómo podemos desarrollar pruebas que valoren la CS “real”? (¿lo hacen las pruebas neurocognitivas?)
- ❖ ¿Merece la pena seguir adaptando y validando pruebas en español si tenemos en cuenta lo anterior?



¿Tenemos intervenciones que hayan
mostrado su eficacia en la mejora de
la CS en esquizofrenia?



En la actualidad se han desarrollado una variedad de programas para entrenar la CS:

- Social Cognition and Interaction Training (*Roberts et al., 2006*)
- Social Cognitive Skills Training (*Horan et al., 2012*)
- Integrated Neurocognitive Therapy (*Roder y Muller, 2015*)
- Cognitive Enhancement Therapy (*Hogarty et al., 2006*)



En España también tenemos varios programas

- Adaptación al español del SCIT (*Lahera et al., 2012*)
- Programa de Entrenamiento de la Cognición Social (*Gil-Sanz et al., 2016*)
- E-Motional Training (*Vázquez-Campo et al., 2016*)



Evidencias:

- En su conjunto, los estudios sobre los programas de entrenamiento de CS han mostrado una efectividad moderada-buena en la mejora del reconocimiento facial y moderada en ToM (*Kurtz y Richardson, 2012; Velligan et al., 2012*)
- Sin embargo, los efectos sobre el estilo atribucional y la percepción social no son significativos.
- También producen una mejora del funcionamiento comunitario, si bien parece haber problemas de mantenimiento de los logros obtenidos.

Sin embargo, Horan y Green (2017) consideran que estos estudios presentan algunas **limitaciones** metodológicas:

- ❖ Los tamaños de muestra suelen ser pequeños
- ❖ Se utilizan diseños cuasi-experimentales, en vez de diseños aleatorizados
- ❖ Se utiliza TAU como condición control en vez de otra intervención
- ❖ Los evaluadores no suelen ser ciegos respecto a la condición del tratamiento
- ❖ Se utilizan demasiadas medidas de CS, algunas sin estudios de validez en esquizofrenia

Estos autores también plantean una serie de cuestiones, o **retos**, sobre los programas de entrenamiento:

- ❖ ¿Cuáles son las medidas adecuadas para valorar la efectividad de los programas?
- ❖ ¿Producen cambios duraderos en los propios dominios de CS?
- ❖ ¿Se generalizan los beneficios al funcionamiento comunitario?
- ❖ ¿En qué momento del curso de la esquizofrenia es más efectivo intervenir?



Estos autores también plantean una serie de cuestiones, o **retos**, sobre los programas de entrenamiento:

- ❖ ¿Hay un perfil de pacientes que se benefician, y que no, del entrenamiento?
- ❖ ¿Cuáles son los parámetros que realmente hacen efectivo un programa de entrenamiento: formato, frecuencia, duración, tipo de materiales?



En conclusión...



Conclusiones (o no tanto):

- 1) Como acabamos de ver, es posible que contemos con más dudas que certezas.
- 2) Parece claro, eso sí, que los pacientes con esquizofrenia tienen problemas en el manejo de los diferentes dominios que componen la CS, y que esos problemas afectan a su vida diaria.
- 3) Es necesario mejorar las pruebas de valoración de la CS
- 4) Es necesario aclarar cómo y por qué funcionan los programas de entrenamiento



MUCHAS GRACIAS!!!

Datos de contacto:

dgil.cantabria@hospitalarias.es

david.gil@uneatlantico.es

