TRABAJO FIN DE MÁSTER

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA EN ESQUIZOFRENIA (PRECOE)

ELENA GONZÁLEZ MATELLÁN

DIRECTORA: MARÍA ROCÍO FERNÁNDEZ VELASCO

Máster en Psicología General Sanitaria

Centro. Universitario Cardenal Cisneros

Universidad de Alcalá de Henares

Año 2020

INDICE

1. Resumen 4
Abstract 4
2. Introducción y justificación 5
3. Objetivos 6
4. Marco teórico 7
4.1. La esquizofrenia 7
4.2. Deterioro cognitivo en la esquizofrenia 10
4.3. Tratamientos en la esquizofrenia 12
4.4. Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia 15
5. Metodología 17
6. Propuesta de intervención 17
6.1. Presentación del programa de rehabilitación cognitiva en esquizofrenia (PRECOE) 17
6.2. Objetivos 19
6.3. Contexto 20
6.4. Metodología 20
6.4.1. Instrumentos 20
6.4.2. Materiales 21
6.5. Sesiones y actividades 22
6.5.1. Sesión 1 y 2. Evaluación. 22
6.5.2. Sesión 3. Explicación del programa. 23
6.5.3. Sesiones 4 y 5. Memoria semántica y de trabajo. 24
6.5.4. Sesiones 6, 7 y 8. Estimulación computarizada en memoria. 29
6.5.5. Sesión 9. Atención. 30
6.5.6. Sesión 10. Atención selectiva, sostenida y ejercicios computarizados. 32
6.5.7. Sesiones 11, 12, 13, y 14. Actividades computarizadas de atención. 34
6.5.8. Sesión 15. Funciones ejecutivas. 36
6.5.9. Sesiones 16, 17 y 18. Funciones ejecutivas computarizadas. 38
6.5.10. Sesiones 19, 20 y 21. Toma de decisiones. 39
6.5.11. Sesiones 22, 23 y 24. Resolución de problemas en actividad computarizada 41
6.5.12. Sesiones de la 25 a la 29. Habilidades sociales en grupo. 42
6.5.13. Sesiones 30 y 31. Apoyo social. 45

6.5.14. Sesión 32. Postevaluación. 46
6.5.15. Sesiones 33 y 34. Seguimiento....47
6.6. Cronograma....48
6.7. Evaluación del programa....49
7. Conclusiones 50
8. Referencias bibliográficas 54
9. Anexos 58
1.1. Anexo 1. Entrevista clínica ad hoc. 58
1.2. Anexo 2. Test de colores y palabras (STROOP) 60
1.3. Anexo 3. Trail Making Test (TMT)....60
1.4. Anexo 4. Figura de Rey....61
1.5. Anexo 5. Tarjetas Wisconsin 61
1.6. Anexo 6. Test del Reloj 62
1.7. Anexo 7. Presentación Prezi ad hoc. 62

1. Resumen

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, de carácter crónico y muy devastadora para la persona. Uno de los síntomas más acusado en esta patología es el deterioro cognitivo y en consecuencia un déficit en habilidades sociales causando alto estigma y aislamiento social.

A través de una revisión bibliográfica de estudios empíricos y programas de intervención utilizados en mejorar los déficits en la esquizofrenia, este trabajo presenta una síntesis de los programas de rehabilitación cognitiva más eficaces y validados científicamente para su tratamiento. Los programas de rehabilitación cognitiva se han mostrado muy eficaces en el abordaje del deterioro de las funciones cognitivas y mejora en habilidades sociales, pero la mayoría de ellos están destinados a pacientes con deterioro cognitivo moderado o severo. Por esta razón, en el presente trabajo se creará un programa de rehabilitación para pacientes con deterioro cognitivo leve, que contará con un total de 34 sesiones combinando la Terapia Psicológica Integrada (IPT) junto con rehabilitación cognitiva computarizada de RehaCom, donde se trabajará la intervención de funciones cognitivas como la memoria, atención, funciones ejecutivas, habilidades sociales, resolución de problemas y apoyo social, con el fin de atenuar los déficits que produce la esquizofrenia y que la persona pueda alcanzar su máxima autonomía e independencia posible y así mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: esquizofrenia, deterioro cognitivo, rehabilitación cognitiva.

Abstract

Schizophrenia is a complex disease, chronic in nature and very devastating for the person. One of the most pronounced symptoms in this pathology is cognitive deterioration and consequently a deficit insocial skills causing high stigma and social isolation.

Through a bibliographic review of empirical studies and intervention programs used to improve deficits in schizophrenia, this work presents a synthesis of the most effective and scientifically validated cognitive rehabilitation programs for their treatment. Cognitive rehabilitation programs have been very effective in addressing the deterioration of cognitive functions and improvement insocial skills, but most of them are aimed at patients with moderate or severe cognitive impairment. For this reason, in this paper, a rehabilitation program will be created for patients with mild cognitive impairment, which will have a total of 34 sessions combining Integrated Psychological Therapy (IPT) together with RehaCom's computerized cognitive rehabilitation, where the intervention will be worked cognitive functions such as memory, attention, executive

functions, social skills, problem solving and social support, in order to mitigate the deficits produced by schizophrenia and so that the person can achieve their maximum possible autonomy and independence and thus improve their quality of life.

Key words: schizophrenia, cognitive impairment, cognitive rehabilitation.

2. Introducción y justificación

La esquizofrenia es una patología mental grave, compleja y crónica, reconocida en la mayoría de las culturas (Belloch, Sandín y Ramos, 2009). Chávez (2018) refiere que es una de las enfermedades más devastadoras que pueden existir a nivel personal y social, siendo altamente discapacitante.

Por su heterogeneidad sigue siendo un desafío para los investigadores (Pardo, 2005). En base a esta complejidad, es considerada uno de los prototipos de patología mental y trastornos psicóticos más debilitantes, por ello, se han desarrollado numerosas teorías que intentan explicar su etiología (Nathan, Gorman y Salkind, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la esquizofrenia como un problema de salud pública, situándola como séptima causa de discapacidad en el mundo, ya que presenta un deterioro global en el funcionamiento del individuo y en sus relaciones interpersonales (Giugni, Bordones, Malave, Grimon, y Monguet, 2009).

La esquizofrenia se caracteriza por presentar síntomas que dan lugar a la alteración de la percepción de la realidad (Ruiz, García y Fuentes, 2006), afectando a la capacidad para pensar con claridad, no responden de modo adecuado a las emociones y presentan dificultades para interactuar con los demás, siendo una enfermedad que requiere un continuo cuidado (Nathan et al., 2006).

En cuanto a su intervención, se ha dado gran importancia al tratamiento farmacológico y psicológico (Giugni et al., 2009), y sobre todo a la rehabilitación cognitiva para abordar el deterioro, ofreciendo herramientas y habilidades sociales al paciente (Rodríguez, 2019), con el objetivo de que la persona pueda retornar de forma productiva e independiente sus actividades cotidianas (Giugni et al., 2009).

Rodríguez (2019) defiende que los tratamientos combinados de fármacos, terapia individual y grupal, terapia familiar, entrenamiento en habilidades sociales, y el tratamiento hospitalario y ambulatorio son el abordaje más completo y eficaz. Siendo muy importante para la recuperación que el paciente sea un agente activo en el tratamiento y control de los síntomas (Nathan et al., 2006).

Estos pacientes presentan dificultades en diversas capacidades y áreas de su vida psicosocial, siendo necesaria la implementación de nuevos programas de intervención que incidan en mejorar las relaciones interpersonales, laborales y familiares (Rodríguez, 2019), por estos motivos, es importante desarrollar un programa de rehabilitación que integre la intervención en déficits cognitivos y habilidades sociales, tanto de forma individual como en grupos, para mejorar la adaptación del individuo al entorno.

3. Objetivos

El presente trabajo tiene un doble objetivo: en primer lugar, realizar una revisión teórica acerca de las principales líneas de tratamientos que han resultado eficaces en la esquizofrenia, haciendo hincapié en los programas de rehabilitación para el deterioro cognitivo y déficits en habilidades sociales. Y, en segundo lugar, realizar una propuesta de intervención desarrollando un programa de rehabilitación cognitiva para pacientes con deterioro cognitivo leve, con el fin de atenuar los déficits que produce la esquizofrenia para que la persona pueda alcanzar su máxima autonomía e independencia posible, mejorando su calidad de vida.

4. Marco teórico

4.1. La esquizofrenia

Las principales clasificaciones y conceptualizaciones del trastorno comienzan a finales del siglo XIX y primeros del XX, en los que destacan tres autores. El primero de ellos, Emil Kraepelin en 1896 fue el primero en identificar un conjunto de síntomas que denominó “dementia praecox”. En 1911, Eugen Bleuler acuñó el término de esquizofrenia y clasificó los síntomas entre básicos y secundarios. Y un tercer autor, Kurt Schneider quien en 1950 publicó los criterios para diagnóstico de esquizofrenia distinguiendo entre síntomas positivos y negativos (Amador, Saavedra, Garfia y Chávez, 2019). Rodríguez (2019) refiere que estos autores ya reconocían en su definición la presencia de déficits cognitivos.

En la actualidad, los síntomas se entienden como dimensiones categoriales, y para establecer su diagnóstico se fundamenta en dos manuales de referencia, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, en la siguiente tabla 1 se exponen los criterios de ambas clasificaciones (Rodríguez, 2019).

Tabla 1.

Criterios diagnósticos de la esquizofrenia según *DSM-5 Y CIE-10*

	DSM 5 (APA, 2014)	CIE-10 (OMS, 2015)
Criterio A	Presentar dos o más de los siguientes síntomas durante un mes (o menos si ha sido tratado con éxito): alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y/o desorganizado, y síntomas negativos. Al menos uno de los síntomas debe ser necesariamente uno de los tres primeros.	Deben estar presentes la mayor parte del tiempo durante un mes o más, al menos uno de estos síntomas: eco, robo, inserción o difusión del pensamiento, alucinaciones auditivas, y delirios persistentes bizarros. O al menos dos de los siguientes: alucinaciones persistentes, incoherencia del pensamiento o lenguaje divagatorio, conducta catatónica, o síntomas negativos como apatía o aplanamiento.
Criterio B	Disfunción social/laboral en una o más áreas de actividad, como trabajo, relaciones interpersonales o autocuidado, están por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, se da un fracaso para alcanzar el nivel esperado).	No si hay síntomas maníacos o depresivos a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecedieran a los afectivos.
Criterio C	La duración de los síntomas debe persistir durante al menos seis meses, que debe incluir al menos un mes que cumpla el criterio A.	No si hay enfermedad cerebral o intoxicación/abstinencia de sustancias psicótropas.
Criterio D	Exclusión del trastorno esquizoafectivo y del estado de ánimo.	
Criterio E	Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica.	
	Especificar la gravedad de los últimos siete días de los síntomas del Criterio A, mediante una escala de cinco puntos. (ver apartado deterioro cognitivo)	

(Rodríguez, 2019).

Es difícil englobar a todos los pacientes en la misma clasificación, ya que interfieren muchos factores y presentan distintos grados de afectación, por esto es importante realizar un tratamiento personalizado (Giugni et al., 2009). García (2016) estima que la esquizofrenia tiene una prevalencia del 1%.

La sintomatología negativa se ha relacionado con una edad de inicio temprana de la enfermedad y peor pronóstico (Fioravanti, Bianchi, y Cinti, 2012), siendo ésta más resistente al cambio (Rodríguez, 2019). Infiriendo este dato en las diferencias entre hombres y mujeres, Santos y Sanz (2014) afirman que afecta en igual proporción a ambos sexos, pero los hombres presentan un peor ajuste premórbido, ya que la enfermedad surge en edades más tempranas entre los 15-24 años, presentando más síntomas negativos. En cambio, en las mujeres surge más tarde entre los 25-34 años con mejor ajuste premórbido, con síntomas afectivos y positivos como las alucinaciones.

Respecto a la etiología de la enfermedad se han desarrollado diversas teorías e hipótesis intentando explicar las causas sin llegar a un consenso claro (Rodríguez, 2019). Teorías del Neurodesarrollo defienden que el paciente nace con variaciones genéticas, como por ejemplo una temprana migración neuronal, infecciones del Sistema Nervioso Central, o alteraciones estructurales del cerebro que, en interacción con factores ambientales como el estrés o por consumo crónico de cannabis pueden influir en el desarrollo de la enfermedad. Otras hipótesis asociadas a mayor riesgo de padecer esquizofrenia son el aumento de la edad del padre, o alteraciones neuroquímicas como la dopamina (Amador et al., 2019). En la actualidad, predomina la teoría de vulnerabilidad-estrés, defiende que es necesaria la existencia de factores genéticos y estresores ambientales para dar lugar al desarrollo de la enfermedad, considerando que vulnerabilidad y estrés por separado no son suficientes para producir un episodio esquizofrénico (Castillo, Bellido y Ventura, 2016).

Factores como el estrés, acontecimientos importantes que exigen cambios, o abuso de sustancias, influyen en la severidad del trastorno, dando lugar a recaídas y peor pronóstico. En cambio, se observa que el apoyo familiar y buenas habilidades sociales actúan como factores de protección (Belloch et al., 2009). Todo esto unido a que es una enfermedad que se presenta en edades tempranas afecta acusadamente en las habilidades sociales y laborales, provocando aislamiento (Nathan et al., 2006) considerando que es una etapa donde la persona comienza a tener cierta autonomía e independencia (Chávez, 2018).

4.2. Deterioro cognitivo en la esquizofrenia

Según Gutiérrez y Guzmán (2017) la cognición es la capacidad que permite al individuo enfrentarse a las dificultades ante las distintas situaciones, desarrollando habilidades para solucionar problemas y procesando de forma adecuada la información para poder emplearla posteriormente.

El deterioro cognitivo es uno de los rasgos más característicos de la esquizofrenia, el 85% de los pacientes lo presentan, y se asocia con un déficit en el funcionamiento psicosocial y con poca adherencia al tratamiento (Vargas, 2016).

El DSM-5 incluye una escala dimensional para evaluar la gravedad de los síntomas de la esquizofrenia, y de esta forma diseñar un plan de tratamiento ajustado a las características y contexto del paciente. En la tabla 2 se detallará la escala del deterioro cognitivo (APA, 2013).

Tabla 2.

Escala del deterioro cognitivo según APA (2013).

Dominio	0	1	2	3	4
Deterioro cognitivo	Ausente	Dudoso. El funcionamiento cognitivo no está claramente fuera del rango por su edad o estatus socioeconómico	Presente, pero leve. Disminución del funcionamiento cognitivo esperado por su edad o estatus socioeconómico	Presente y moderado. Clara disminución del funcionamiento cognitivo esperado por su edad o estatus socioeconómico	Presente y grave. Disminución grave del funcionamiento cognitivo esperado por su edad o estatus socioeconómico

(APA, 2013).

Dentro de la capacidad cognitiva se pueden distinguir seis dominios como son atención, lenguaje, memoria, funcionamiento ejecutivo, aprendizaje y cognición social. En todos ellos se observa una disminución en las capacidades en los pacientes con esquizofrenia frente a personas que no presentan dicha enfermedad (Fioravanti et al., 2012). En la tabla 3 se expondrán las diferencias entre afectación mayor o leve que se pueden presentar en estos seis dominios (Santos y Sanz, 2014).

Tabla 3.

Diferencias entre afectación mayor o leve en los dominios cognitivos según Santos y Sanz (2014)

Atención	**Mayor:** dificultad para codificar nueva información y en estimulación múltiple. Fácil distracción. Atiende a un estímulo simple. Todo procesamiento lleva más tiempo. **Leve:** cometer errores en tareas rutinarias. Realizar comprobaciones.
Memoria	**Mayor:** repite pensamientos. No puede retener una lista de ítems. Necesita recordatorios frecuentemente. **Leve**: dificultad para recordar hechos recientes. Uso de listas y calendarios, necesita releer para poder recordar.
Lenguaje	**Mayor:** dificultad para recordar nombres. Gran dificultad con lenguaje expresivo y receptivo, ecolalia, errores gramaticales y discursos automáticos que pueden preceder al mutismo. **Leve:** dificultad para recordar palabras. Errores gramaticales de omisiones sutiles, sustitución de términos generales por específicos, o uso incorrecto de artículos y preposiciones.
Funcionamiento ejecutivo	**Mayor:** abandono de proyectos. Presta atención a una sola tarea. Depender de otros para realizar actividades o tomar decisiones. **Leve**: fatiga al realizar esfuerzo para organizarse, planificar y tomar decisiones. Dificultad para seguir diferentes conversaciones.
Habilidades perceptivas o motoras	**Mayor:** dificultad en actividades familiares. Confusión al anochecer. **Leve:** desorientación, depende de guías para encontrar direcciones. Mayor esfuerzo para realizar tareas complejas.
Cognición social	**Mayor:** comportamiento alejado de normas sociales, desinhibición, sin consideración de otros para tomar decisiones. **Leve:** pequeños cambios en el comportamiento o actitud, menor habilidad para reconocer pistas sociales o expresiones faciales, disminución de la empatía y la inhibición, cierta apatía o inquietud.

(Santos y Sanz, 2014).

Aunque los niveles de gravedad siguen sin estar totalmente claros, el deterioro cognitivo leve se caracteriza por presentar alteración en una o más funciones cognitivas, siendo la memoria la más afectada (Mora et al., 2012).

Según Rodríguez (2019), los pacientes presentan déficit para concentrarse en un estímulo específico cuando se les muestran varios simultáneamente, lo que dificulta diferenciar entre información relevante de la que no lo es, mostrándose dispersos. Como consecuencia de esto, registran y codifican de forma inadecuada, entorpeciendo a la hora de acceder a la información y poder recuperarla. Presentando también alteraciones en el lenguaje expresivo, haciéndolo de forma incoherente y desorganizada, afectando a la comunicación.

A través de estudios longitudinales se establece que, tanto pacientes con un primer episodio psicótico como pacientes crónicos padecen un deterioro cognitivo de dos desviaciones típicas por debajo de la media, y cuyo deterioro se acentúa con la evolución de la enfermedad, siendo más acusado en la velocidad de procesamiento, tareas visoespaciales o fluidez verbal (Chávez, 2018). Según Selma (2012) la mayoría de pacientes tras un primer episodio psicótico tienen una degeneración cognitiva progresiva, aunque lenta.

Se ha llegado a la conclusión de que existe un deterioro cognitivo generalizado en los pacientes con esquizofrenia a pesar de una alta heterogeneidad entre la enfermedad y el déficit cognitivo, debido a las características propias de cada paciente, su historia clínica, o por el desequilibrio sistemático entre el número de estos y el de los grupos de control a la hora de realizar las investigaciones (Fioravanti et al., 2012).

4.3. Tratamientos en la esquizofrenia

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2009) refiere que el tratamiento de la esquizofrenia ha experimentado una gran evolución a lo largo de la historia, en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente se exponen los exponen tratamientos adecuados a cada paciente en función de la fase del trastorno en la que se encuentre.

Se ha podido demostrar que entre el 14%-20% de los primeros episodios en la esquizofrenia, se recuperan. Sin embargo, todavía hay un 80% que presentarían un curso deteriorante y crónico (Ruiz, Salaberria y Echeburúa, 2013).

Los fármacos antipsicóticos son el tratamiento de elección, ya que contribuyen a remitir la sintomatología psicótica y aumentar los efectos positivos a la hora de realizar terapia psicológica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Los fármacos atenúan los síntomas positivos como alucinaciones y delirios, y reducen recaídas, pero debido a sus numerosos efectos secundarios dificultan en gran medida la capacidad atencional de la persona, haciendo que esté afectada su capacidad de aprendizaje y perciban continuamente cualquier estímulo como novedoso (Rodríguez, 2019).

Se ha comprobado que la medicación como tratamiento único no es eficaz, se ha estimado que el 50% de los pacientes presentan una mala evolución y el 75% tiene mala adhesión al tratamiento farmacológico, concluyendo que no se observa una mejora significativa. Por ello es necesario complementar la medicación con terapia psicológica y tratamientos psicosociales para mejorar la adaptación del paciente al trastorno, aliviar síntomas, mejorar el funcionamiento social y calidad de vida, e incentivar una independencia al paciente (Vallejo, 2012).

Según Vallejo (2012) las terapias psicológicas realizadas en la esquizofrenia deben basarse en modelos teóricos contrastables, ser pragmáticas, acomodarse a las necesidades de los pacientes y familiares, y adaptarse a los cambios que se vayan presentando en las diferentes fases del trastorno. Las intervenciones a nivel psicológico y psicosocial se centran en la psicoeducación y terapia familiar, terapia cognitivo-conductual y el entrenamiento en habilidades sociales.

Uno de los tratamientos psicológicos considerado eficaz es el entrenamiento de habilidades sociales (Pérez, 2010), indicado para cualquier fase de la enfermedad, en la cual se entrenan habilidades de afrontamiento antes situaciones estresantes, produciendo mejoras en asertividad, resolución de problemas, aumento de altas hospitalarias y prevención de recaídas mediante el refuerzo positivo (Castillo et al., 2016). Incluye el automanejo de la medicación y autocuidado, en la comunicación, reconocimiento de síntomas, evitar consumo de sustancias nocivas y la integración social en la comunidad, con el objetivo de potenciar sus recursos individuales y red de apoyo social (Nathan et al., 2006).

Hay teorías que afirman que el tener buenas habilidades sociales supone una variable de protección frente a la enfermedad, por ello es importante diseñar programas para este tipo de patología, bien sea en formato grupal o individual (Liberman, 1994). Las habilidades sociales se encuentran deterioradas en gran medida en los trastornos esquizofrénicos, por lo que es fundamental ahondar en esta cuestión para mejorar la vida del paciente (García, 2016).

En cuanto a las técnicas cognitivo-conductuales, se emplean particularmente en el tratamiento de alucinaciones y delirios, siendo eficaces reestructurando creencias y dando explicación a sus síntomas (Castillo et al., 2016).

Según Santos y Sanz (2014) los paquetes integrados multimodales son eficaces para la rehabilitación cognitiva, ya que se parte de la idea de que la persona presenta déficits en la conducta, cognición y en la socialización, y que las dificultades que se puedan dar en uno de ellos perjudican a los otros, por eso son los tratamientos que más relevancia han tenido para tratar los déficits cognitivos. El más empleado ha sido la Terapia Psicológica Integrada (IPT), es el primer programa de rehabilitación cognitiva sistematizada y protocolizada, de formato grupal. La IPT está compuesta por cinco subprogramas ordenados jerárquicamente del nivel inferior al más complejo. El primer subprograma está dirigido a funciones atencionales y formación de conceptos. El segundo a mejorar la comprensión de la información en situaciones sociales. En el tercero se trabaja la comunicación verbal, con el objetivo de estimular el intercambio y la comunicación entre los integrantes del grupo. Los dos últimos subprogramas están dirigidos a mejorar la ejecución interpersonal del sujeto y abordar situaciones problemáticas para la persona. En la IPT se trabaja la estimulación cognitiva, percepción, comunicación verbal, habilidades sociales, resolución de problemas interpersonales y los contenidos emocionales para disminuir el estrés, en cada subprograma se realizan ejercicios donde se va aumentando el grado de implicación, evidenciando mejoras cognitivas y eficaces para la autonomía del paciente (De la Higuera y Sagastagoitia 2006).

Otros programas empleados para la rehabilitación cognitiva son la Terapia de Rehabilitación Cognitiva (TRC), que aborda de forma individual los déficits cognitivos en atención, memoria y funciones ejecutivas, realizando ejercicios jerarquizados que ayudan a potenciar la autoestima. Y la Terapia de Mejora Cognitiva (CET), diseñado para pacientes ambulatorios, estabilizados y con un cierto nivel intelectual socioeducativo, fortalece las habilidades perceptivas y cognitivas para el desempeño social de la persona. La CET es una técnica útil y muy potencial, aplicándolo en pacientes en su primer episodio psicótico (De la Higuera y Sagastagoitia 2006).

Según Rodríguez (2019) la dificultad que surge es llevar las mejoras cognitivas a nivel funcional, por esta razón, las intervenciones multivariadas centradas en la rehabilitación cognitiva aplicada en el ámbito social son las que han mostrado más eficacia, ya que facilitan la inserción del individuo en la sociedad, coordinando las fases de la enfermedad. Alrededor de un 70% de los pacientes responden positivamente a estos tratamientos.

La mayoría de tratamientos psicológicos de la esquizofrenia se aplican en el ámbito ambulatorio, hospitales, unidades de media estancia y de rehabilitación, en pisos protegidos o asociaciones, ya sea a nivel individual y/o grupal. A pesar de existir diferentes recursos, muchos pacientes no acuden habitualmente al tratamiento y abandonan, mostrando baja adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico (Moriana, AIarcón y Herruzo, 2006). Otro recurso son los Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), que trabajan y se coordinan con los servicios sanitarios de salud mental, para ofrecer una atención global e integral a los pacientes en la comunidad mejorando su calidad de vida, brindando apoyo y soporte en la integración social (González y Rodríguez, 2002).

Se ha demostrado que cuanto antes se aplique un tratamiento después del primer brote esquizofrénico, mejor es el pronóstico, y es fundamental un entorno de apoyo para desarrollar una vida cotidiana con normalidad y mantener el éxito del tratamiento (Nathan et al., 2006).

La familia es el elemento principal de la red de apoyos con la que cuentan estos pacientes, pero también es su principal fuente de tensión, por eso es importante conocer los diferentes aspectos sobre ella. Y es transcendental evaluar el grado de conciencia que la persona tiene de la enfermedad, ya que de eso va a depender el nivel de compromiso y su adherencia al tratamiento (Vallejo, 2012).

Chávez (2018) considera que los tratamientos eficaces para la esquizofrenia se basan en el tratamiento farmacológico para tratar los síntomas psicóticos, y la intervención en rehabilitación neurológica para amenorar los déficits cognitivos.

4.4. Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia

Aunque se suele emplear indistintamente el concepto de rehabilitación neurológica con el de estimulación cognitiva, la rehabilitación neurológica es un concepto más amplio donde se incluye la rehabilitación cognitiva, y que dentro de ésta es donde se trabaja la estimulación cognitiva (Muñoz et al., 2009).

La rehabilitación cognitiva es un conjunto de técnicas, procedimientos y protocolos que se aplica cuando existe deterioro cognitivo (Chávez, 2018). Se ha demostrado que los déficits cognitivos que surgen en la esquizofrenia se pueden abordar con estimulación y rehabilitación cognitiva (Rebolledo y Lobato, 2000). El objetivo de cualquier programa de rehabilitación neuropsicológica es la integración social, tratando de alcanzar la máxima autonomía del paciente y una capacidad de autorregulación (Yoldi, 2015), buscando mejorar el funcionamiento en aspectos físicos, psicológicos y sociales (Dorado y Castaño, 2018) y para ello es necesario un trabajo conjunto entre terapeuta, paciente y familiares (Chávez, 2018).

Cabe resaltar la importancia de los programas computarizados como tratamiento en la rehabilitación cognitiva para la esquizofrenia. Son una herramienta que presenta un número ilimitado de intervenciones y repeticiones de los ejercicios, permitiendo el empleo de numerosas formas de refuerzo y presentación multisensorial, de modo que en un mismo ejercicio se puedan estimular varios procesos psicológicos, pudiendo ajustarlos mediante la personalización al grado de dificultad de cada individuo (Dorado y Castaño, 2018).

A través de programas de rehabilitación computarizados, es posible la estimulación y mejora en dominios cognitivos como atención, memoria, funciones ejecutivas, consciencia, alteraciones del comportamiento y emocionales, entre otros. Las terapias de rehabilitación se deben realizar de forma personalizada, considerando el grado de afectación y adaptándolo según la evolución de la enfermedad de cada paciente. Se está demostrando que utilizar las nuevas tecnologías es tan eficaz como los tratamientos cognitivo-conductuales tradicionales, y que se consiguen mejoras significativas. Por ello, es necesario buscar mecanismos para la rehabilitación de estos pacientes y la personalización de las terapias (Giugni et al., 2009).

Se han utilizado diversas tecnologías de la información, como la terapia de remediación cognitiva, para la recuperación de memoria y atención que ha tenido resultados exitosos en España, el programa de Brenner modificado o el de Newcastle (Chávez, 2018). Otros instrumentos computarizados basados en la evidencia científica como Rehacom, Thinkable, Smartbrain o Gradior, facilitan la rehabilitación de funciones cognitivas quedando demostrada su eficacia y efectividad en cuadros de esquizofrenia. El uso de pantalla táctil permite que el usuario realice múltiples ejercicios, mezclando imágenes y sonidos para aumentar la motivación y adherencia al programa. Mediante diversos estudios se ha demostrado que estos programas proporcionan un impacto positivo en el deterioro cognitivo, y en la calidad de vida e independencia del individuo. Concretamente el programa Rehacom es el de mayor difusión en Europa y empleado en numerosas patologías asociadas a déficits cognitivos (Vargas, 2016). Los programas de rehabilitación cognitiva computarizados son de gran ayuda para el terapeuta y para la investigación, ya que proporcionan datos objetivos con relación a los ejercicios realizados por los pacientes en tareas cognitivas y permite analizar los resultados estadísticamente (Toribio et al., 2018).

El criterio para evaluar la eficacia de las terapias va a depender de lo que el paciente sea capaz de realizar a nivel cognitivo, y evaluando la rapidez y eficacia con la que se integre en la sociedad (Nathan et al., 2006).

Según Rodríguez (2019) la rehabilitación cognitiva ha demostrado su validez ya que mejora los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

En lo que se refiere al deterioro cognitivo leve es un concepto que no tiene bien definido sus niveles, por lo que su tratamiento en intervenciones de estimulación cognitiva se basa en cambios en alimentación y ejercicio físico, dirigidos a mejorar síntomas y a prevenir o retrasar dicho deterioro (Olivera y Pelegrín, 2015). Tanto intervenciones cognitivas tradicionales como el uso de programas computarizados tienen efectos positivos en habilidades cognitivas y en el uso de estrategias de memoria para deterioro cognitivo leve (González, 2012). Los programas empleados para el deterioro cognitivo leve son el entrenamiento en memoria, atención, percepción, lenguaje, asociación y categorización, visualización, reestructuración cognitiva y la utilización de ayudas externas (Llanera, Montejo, Montenegro, Fernández y Ruiz, 2010).

5. Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha empleado una búsqueda exhaustiva de documentación e investigaciones que avalan la eficacia de las actividades planteadas y la importancia de trabajar el deterioro cognitivo leve en pacientes con esquizofrenia.

La metodología llevada a cabo en el presente trabajo se basa en búsqueda bibliográfica de información científica sobre el deterioro cognitivo en la esquizofrenia y rehabilitación cognitiva. Accedido a esta información mediante la selección de publicaciones, revistas, artículos, libros, trabajos de Fin de Grado o Máster, tesis doctorales, guías académicas y manuales, y en bases de datos como PubMed, PsyInfo, Dialnet, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) o Google Scholar. Abarcando un extenso periodo desde 1990 hasta la actualidad, con la finalidad de dar una información detallada y consensuar entre los diferentes autores sus aportaciones a esta patología tan heterogénea. Para la búsqueda de información se emplearon palabras como esquizofrenia y tratamientos eficaces, deterioro cognitivo, rehabilitación psicológica en esquizofrenia, o evaluación psicológica para funciones ejecutivas, memoria, atención y habilidades sociales.

6. Propuesta de intervención

6.1. Presentación del programa de rehabilitación cognitiva en esquizofrenia (PRECOE)

El Programa de Rehabilitación Cognitiva en Esquizofrenia (PECOE), se diseña para pacientes con esquizofrenia que presentan deterioro cognitivo leve. Con la finalidad de mejorar la actividad neurocognitiva, mediante ejercicios de estimulación cognitiva, emocional, psicosocial y de reinserción en la sociedad, para que la persona pueda desarrollar una vida lo más independiente posible.

Es un programa específico para tratar el deterioro cognitivo leve que se presenta en esta enfermedad, ya que la mayoría de programas de estimulación cognitiva van enfocados a un deterioro moderado o severo en este tipo de patología.

El programa PRECOE está basado en la Terapia Psicológica Integrada (IPT) y en el programa computarizado RehaCom, los cuales han mostrado su eficacia en esta patología, y adaptándolos para realizar una intervención en pacientes con deterioro cognitivo leve.

El programa consta de 34 sesiones; tres de ellas se emplearán para la evaluación, dos en una preevaluación y la tercera para la post evaluación, 24 sesiones se realizarán de forma individual para trabajar la memoria, atención, velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas, toma de decisiones y resolución de problemas, y 7 sesiones en formato grupal con un máximo de cuatro participantes para trabajar las habilidades y apoyo social. Habrá dos sesiones más de seguimiento, una al mes de concluir el programa y otra a los tres meses. Las sesiones individuales incluyendo aquí las de evaluación y seguimiento tendrán una duración de una hora, en cambio las sesiones grupales tendrán una duración de una hora y media, teniendo en cuenta en todas las sesiones el cansancio o fatiga mental de los usuarios, realizando descansos o acortando las sesiones si fuera necesario. Se llevarán a cabo una vez por semana, procurando que sea el mismo día y a la misma hora, empleando siempre la misma metodología. De este modo se crearán rutinas de trabajo facilitando así la adherencia al programa.

Es un programa personalizado, ajustándose a las necesidades y capacidades de cada participante. Al iniciar cada sesión se procederá siempre de la misma forma, se preguntará al paciente por su estado anímico, si ha tenido dificultades a la hora de realizar las tareas para casa y se aclararán todas las dudas que pudieran surgir. Todo esto se anotará para llevar un registro y observar la evolución del paciente. Así mismo, en todas las sesiones se reforzará positivamente por su dedicación al programa y realización de las tareas, en el caso de no realizarlas se le motivará y ayudará a su práctica. Además de ello, se informará y explicará al paciente realizando psicoeducación sobre las capacidades cognitivas que se van a trabajar, reduciendo de esta manera su nivel de estrés e incertidumbre, y se llevarán a cabo ejercicios tanto en lápiz y papel como de forma computarizada y actividades dinámicas, que irán aumentando su grado de complejidad a medida que avanza el programa.

Se ha de cuidar especialmente la relación con la persona, ya que presentan dificultades para relacionarse y con el contacto social.

Los usuarios que acuden al programa ya están diagnosticados de esquizofrenia y evaluados por un profesional. En la siguiente tabla 4 se expondrán los criterios de inclusión y exclusión para el programa PRECOE.

Tabla 4.

Criterios de inclusión y exclusión del programa PRECOE

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Diagnóstico de esquizofrenia.	Pacientes analfabetos.
Estar en fase estable de la enfermedad.	Pacientes con problemas visuales y/o auditivos.
Pacientes entre 18 y 70 años, de ambos sexos.	Cuando no se observa la presencia de alteración cognitiva.
Que presenten algún tipo de queja a nivel cognitivo.	Pacientes con brote psicótico.
Presentar deterioro cognitivo leve.	Deterioro cognitivo moderado y severo.
	Pacientes con afectación neurológica o médicas asociadas como por ejemplo Alzheimer, Parkinson o Epilepsia entre otras.

Es importante la realización de este tipo de programas desde el primer momento para mejorar o ralentizar el deterioro a medida que avanza la enfermedad, e integrase en el entorno social y laboral.

6.2. Objetivos

- Objetivo general: mejorar la funcionalidad cognitiva de personas deterioro cognitivo leve en esquizofrenia, para aumentar la autonomía e independencia de la persona y con ello mejorar su calidad de vida.

- Objetivos específicos:

  1. Disminuir o ralentizar el deterioro cognitivo de ciertas funciones como son la memoria, atención y funciones ejecutivas.
  2. Mejorar la capacidad de toma de decisiones y resolución de problemas.
  3. Incrementar las habilidades sociales y el apoyo social para mejorar el funcionamiento adaptativo de las personas con esquizofrenia con sus vínculos familiares y su entorno social y de esta forma disminuir o paliar el aislamiento social y la discriminación.

6.3. Contexto

El programa está diseñado para poder aplicarse en el ámbito sanitario, en áreas especializadas de neurocognición, hospitales o centros ambulatorios del área de salud mental.

Para la realización del programa se requerirá de una sala, con buena iluminación y temperatura y de fácil acceso. La sala deberá disponer de una mesa amplia para poder realizar de forma cómoda la evaluación y los ejercicios, sillas tanto para las sesiones individuales como grupales, un ordenador táctil para la realización de ejercicios computarizados, una pizarra para hacer anotaciones y un proyector para llevar a cabo las explicaciones teóricas.

6.4. Metodología

6.4.1. Instrumentos

Para evaluar el deterioro cognitivo leve del paciente, se empleará una serie de instrumentos que han demostrado ser eficaces, estando validadas para población española tanto en jóvenes como en adultos. Los instrumentos que se emplearán en el programa PRECOE tanto en la evaluación inicial como en la post evaluación, serán los siguientes:

- Entrevista clínica desarrollada ad hoc. Se realizará en la evaluación inicial (Anexo 1).

- Test de colores y palabras (STROOP). Mide atención, flexibilidad y rigidez cognitiva. (Chapi, 2011). Presenta una fiabilidad del 0,89 en la primera lámina, 0,84 para la segunda y 0,73 para la tercera, con unos niveles de sensibilidad del 81% y de especificidad hasta el 80% (López et al., 2010) (Anexo 2).

- Trail Making Test (TMT). Evalúa atención sostenida, selectiva y alternante, funciones ejecutivas, habilidades motoras, búsqueda visual y flexibilidad cognitiva (Margulis, Squillace y Ferreres, 2018) (Anexo 3).

- Test de la Figura Compleja de Rey. Mide funciones ejecutivas, memoria visoespacial y habilidades visoconstructivas. Es una prueba sensible, eficaz y específica para déficits cognitivos (González, 2019) (Anexo 4).

- Tarjetas de Wisconsin. Evalúa funciones ejecutivas, flexibilidad mental, capacidad de solución de problemas, abstracción y categorización. Presenta una excelente sensibilidad clínica para trastornos neurológicos y psiquiátricos, como demencia, lesiones cerebrales o esquizofrenia (Del Pino, Peña, Ibarretxe, Schretlen y Ojeda, 2016) (Anexo 5).

- Test del Reloj. Presenta una eficacia del 93,16%, una sensibilidad del 92,8% y especificidad del 93,45% con una alfa de Cronbach del 0,90, lo que indica una alta consistencia interna. Evalúa representaciones mentales, atención, memoria, capacidad visuoespacial, praxias visoconstructivas y funciones ejecutivas (Cacho, García-García, Arcaya, Vicente y Lantada, 1999) (Anexo 6).

6.4.2. Materiales

Los materiales que se emplearán en PRECOE serán los siguientes:

1. Programa Prezi, diseño de presentación ad hoc. se empleará para explicar las habilidades sociales (Anexo 7).
2. Programa de rehabilitación cognitiva computarizada RehaCom (García, 2016).
3. Plantillas de ejercicios en lápiz y papel.
4. Cuadernos Rubio que se mandarán como tareas para casa adecuando la temática a cada sesión y al grado de dificultad de cada paciente (Pedrosa, 2011) (Anexo 8).

6.5. Sesiones y actividades

6.5.1. Sesión 1 y 2. Evaluación.

La evaluación se llevará a cabo en dos sesiones, ya que son varias pruebas y se tendrá en cuenta el cansancio o fatiga mental que éstas puedan provocar repartiéndolas en dos días. Para ello será necesario una sala adecuada con mesa y sillas, como buenas condiciones de luz y temperatura, y donde no se produzcan interrupciones.

Los objetivos de estas sesiones se expondrán en la siguiente tabla 5.

Tabla 5.

Objetivos sesión 1 y 2

Evaluar lenguaje, comprensión, capacidad comunicativa e interacción con el terapeuta.
Evaluar habilidades sociales del paciente y su apoyo social.
Evaluar el funcionamiento de la persona en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve.
Valorar seguimiento de la toma de medicación y del autocuidado.
Evaluar memoria y memoria visoespacial.
Evaluar atención sostenida, selectiva, alternante y capacidad de concentración.
Evaluar flexibilidad y rigidez cognitiva.
Evaluar funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento.
Evaluar su capacidad para la resolución de problemas y toma de decisiones.
Evaluar habilidades visoconstructivas y praxias.
Evaluar capacidad para categorizar.
Evaluar capacidad de abstracción.
Evaluar representaciones mentales simbólicas.
Evaluar la existencia de lesiones a nivel neurológico.

En la primera sesión se realizará una presentación del terapeuta y se informará al paciente que se realizarán una serie de pruebas, para conocer y valorar el estado en el que se encuentra y así poder beneficiarse del programa PRECOE. Se comunicará a la persona que podrá plantear dudas o cuestiones que se le presente en cualquier momento de la evaluación. Así mismo, se le avisará de que los datos que se obtengan de la evaluación son totalmente confidenciales.

Una vez que se ha informado del proceso y aclarando todas las dudas, se procederá a realizar la evaluación. En la primera sesión, se comenzará con la entrevista clínica (anexo 1), donde se valorará el entorno del sujeto, los recursos y apoyos con los que cuenta, cómo se desenvuelve en los diferentes ámbitos de su vida, estado de ánimo, habilidades sociales y su capacidad comunicativa. A continuación, se realizará el test de STROOP (anexo 2), para evaluar la atención, flexibilidad y rigidez cognitiva.

En el segundo día de evaluación se realizará el Trail Making Test (anexo 3), para evaluar la capacidad de concentración y atención sostenida, selectiva, alternante. La Figura de Rey (anexo 4), para valorar las funciones ejecutivas, memoria, habilidades visoconstructivas y praxias. Las Tarjetas de Wisconsin (anexo 5) donde se mide especialmente la categorización, y Test del Reloj (anexo 6), para valorar deterioro cognitivo.

Los materiales utilizados en estas sesiones serán las propias pruebas, entrevista clínica, lápiz, goma y cronómetro.

La duración de cada sesión será de una hora, realizando descansos si fuera necesario.

Al finalizar la sesión se explicará al paciente que una vez obtenidos los resultados de la evaluación se le comunicará el proceder al programa.

6.5.2. Sesión 3. Explicación del programa.

En esta sesión se explicará en qué consistirá el programa y como se llevará a cabo.

Los objetivos de esta sesión serán dar a conocer la importancia de trabajar distintos aspectos cognitivos y de practicar en los diferentes dominios cognitivos para mejorar los déficits, resolver cuestiones acerca del programa y crear alianza entre el paciente y el terapeuta.

Se le comunicará al paciente, lo más simple y claro posible, que se van a trabajar las habilidades sociales y el deterioro cognitivo. Para ello, se van a realizar una serie de ejercicios en lápiz y papel, y otros de forma computarizada, intercalándolos para que sea lo más ameno posible. Las sesiones donde se trabajará la memoria, atención, funciones ejecutivas y resolución de problemas se realizarán de forma individualizada, y las habilidades y apoyo social se trabajarán en grupos de cuatro personas. A parte de las actividades que se realicen en las sesiones se mandarán tareas para casa, para de este modo no perder la práctica y seguirá reforzando las actividades día a día hasta la siguiente sesión, proporcionando una rutina y facilitando el aprendizaje y mejora de las capacidades cognitivas. Se le explicará al paciente las instrucciones para realizar cada actividad y se le ayudará en todo momento en la realización de ejercicios si requiere de ella. La duración en la realización de cada tarea dependerá del grado de afectación del sujeto ya que los ejercicios irán aumentando en grado de dificultad a medida que evoluciona el programa.

La persona debe comprender que es importante trabajar todo lo que se plantea en el programa para tener una óptima calidad de vida. Por último, al finalizar el programa se realizará una postevaluación y habrá dos sesiones de seguimiento.

Asimismo, se expondrán una serie de normas para la realización del programa que serán consensuadas con el paciente, y de esa forma ir creando una alianza terapéutica. Las normas a proponer serán: acudir a las sesiones de forma puntual y si no pudiera suceder, avisar con antelación, mantener unas condiciones de higiene básicas, en las sesiones grupales cumplir con la confidencialidad de los datos de los compañeros y respetar las opiniones e intervenciones de los demás, y comprometerse a realizar las tareas para casa. Estás normas se irán escribiendo con el participante en la sesión en una cartulina grande y se colocarán en la pared de la sala para que el paciente lo pueda recordar con más facilidad, de esta forma será un trabajo realizado con la persona creando una alianza con el terapeuta.

Una vez explicado el programa, repitiéndolo tantas veces como fueran necesario, resolviendo cualquier duda, y motivando a la persona en su participación en éste, se procederá a comenzar el programa.

Los materiales empleados para esta sesión serán una cartulina grande y rotulador para la realización de las normas.

La duración de la sesión será de una hora.

6.5.3. Sesiones 4 y 5. Memoria semántica y de trabajo.

En estas sesiones se trabajará la memoria semántica y de trabajo.

Los objetivos en estas sesiones se especifican en la tabla 5.

Tabla 5.

Objetivos de la sesión 4 y 5

Proporcionar información y compresión sobre la memoria.
Incrementar y mejorar la memoria semántica y de trabajo.
Reforzar las conductas que aumenten el rendimiento cognitivo.
Reforzamiento positivo por la realización de actividades y la dedicación al programa para aumentar la autoestima.
Generar rutinas con tareas para casa y de este modo reforzar las actividades.

En la sesión 4 se hará una explicación sobre qué es la memoria y la importancia de trabajar en ella para esta patología, para ello se empelarán ejemplos de la vida diaria para mayor comprensión, con un lenguaje sencillo y coloquial. Una vez explicado tantas veces como sea necesario y resolviendo las dudas que surjan, se procederá a la realización de los ejercicios.

Después de la explicación se realizarán dos ejercicios uno de memoria semántica y otro de memoria de trabajo que se detallarán a continuación.

Ejercicio 1. Memoria semántica. Deberá unir con una línea los objetos que guarden relación entre sí en cada grupo. (Aguilar, Gutierrez y Samudio, 2018).

Figura 1: ejercicio 1 para memoria semántica (Aguilar et al., 2018).

Ejercicio 2. Memoria de trabajo. Leer el texto con atención y a continuación, deberá seguir la instrucción (Aguilar et al., 2018).

Alicia llegó muy contenta a su casa con su nuevo amigo, lo bañó, lo secó, le dio de comer y le puso como nombre Samuel.

Por la noche Samuel comenzó a llorar. En un principio Alicia pensó en cerrar la puerta para no escucharlo. Pero se conmovió y decidió ir por él y lo acostó con ella en su cama. Samuel poco a poco se tranquilizó y ambos lograron dormir.

Ahora, cubra el texto anterior y complete con las palabras que faltan:

Alicia llegó muy _____ a su casa con su nuevo _____, lo bañó, lo _____, le dio de _____ y le puso como nombre _____.

Por la _____, _____ comenzó a _____. En un principio Alicia pensó en cerrar la _____ para no escuchar-lo. Pero se conmovió y decidió ir por él y lo _____ con ella en su _____. _____ poco a poco se _____ y ambos lograron _____.

Figura 2: ejercicio 2. Memoria de trabajo (Aguilar et al., 2018).

Al finalizar esta sesión se mandará como tarea para casa la realización de los ejercicios del Cuaderno Rubio de memoria, con nivel 3 de baja dificultad.

En el comienzo de la sesión 5 se corregirán las tareas para casa y se aclararán dudas, reforzando positivamente al paciente, empleando en todas las sesiones el mismo procedimiento al comienzo.

A continuación, se procederá a seguir con los ejercicios en sesión.

Ejercicio 1. Memoria semántica. Relacionar el objeto con el color al que se asocia (Aguilar et al., 2018).

Figura 3: ejercicio 1 para memoria semántica (Aguilar et al., 2018).

Ejercicio 2. Memoria semántica. Deberá completar las siguientes frases.

El hermano de mi padre es: _____

La torre Eiffel está en: _____

Después de la primavera viene el: _____

La penúltima letra del alfabeto es: _____

La Navidad se celebra en: _____

El olfato es uno de los: _____

Las vocales son: _____

Las manzanas y las piñas son: _____

Las montañas que hacen erupción se llaman: _____

La capital de España es: _____

Figura 4: ejercicio 2 de memoria semántica (Aguilar et al., 2018).

Ejercicio 3. Memoria de trabajo. Deberás formar una palabra colocando las sílabas, comenzando por la que está en negrita y acabando por la que tiene el punto. A continuación, se deberá formar una frase.

RA	**ES**	
		PA
CA	TE.	

LAN.	PO	**LAS**
MA		VUE
SAS		RI

Figura 5: actividad 3 de memoria de trabajo (FANESI, 2002).

Ejercicio 4. Deberá de leer detenidamente y responder a las diversas preguntas (Tárraga y Boada, 2004).

“Antonio Machín, nacido en Cuba, hijo de emigrante gallego y cubana, inició su carrera musical en La Habana, en 1920. Pero el gran éxito no le llegó hasta nueve años después con la canción El Manisero. En 1939 visita por primera vez España, país en el que desarrollará toda su carrera. Acompañándose de sus maracas, con títulos tan célebres como Dos gardenias, Madrecita o Angelitos negros.”

Tape el texto y conteste las siguientes preguntas:

1. ¿De qué personaje trata el texto?
2. ¿Dónde nació?, ¿de qué nacionalidad eran sus padres?
3. ¿En qué año inició su carrera musical?
4. ¿Con qué canción alcanzó el éxito musical?
5. ¿En qué año vino a España?
6. ¿Recuerda el título de alguna de sus canciones?

Como tareas para casa se seguirán realizando los cuadernos Rubio de memoria de dificultad medio nivel 2.

Los materiales requeridos en estas sesiones serán un lápiz, goma y las platillas de ejercicios.

La duración de las sesiones será de una hora.

6.5.4. Sesiones 6, 7 y 8. Estimulación computarizada en memoria.

Al comenzar las sesiones se procederá con la misma metodología que en anteriores, revisando tareas, aclarando dudas y reforzando por trabajo realizado.

Los objetivos en estas sesiones serán los mismos que en sesiones anteriores, y se incluirá el incrementar y mejorar la memoria procedimental del sujeto, e incrementar su fuente de estimulación sensorial, mejorando su activación cognitiva.

En estas sesiones se trabajará la estimulación computarizada, haciendo una actividad más amena. Se comenzará trabajando con un nivel bajo de dificultad que irá aumentado a medida que el usuario vaya superando las actividades.

Ejercicio de estimulación computarizada de memoria: el usuario debe memorizar la posición de las tarjetas de las figuras, en la segunda pantalla las figuras desaparecerán y el paciente deberá recordar la posición de cada tarjeta. La primera parte consiste en memorizar y la segunda en evocación al recuerdo. A medida que pasa de pantalla va incrementando su nivel de dificultad (García, 2016).

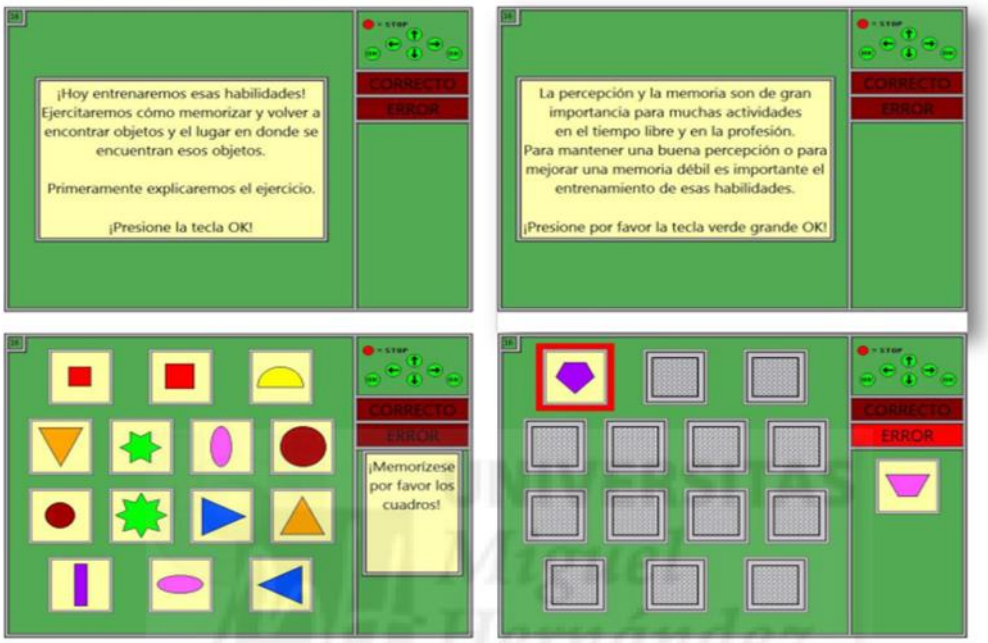


Figura 6: ejercicio computarizado en memoria de RehaCom (García, 2016).

Después de cada una de las sesiones se mandará como tareas para casa los Cuadernos Rubio de memoria de dificultad media, nivel 2 y dificultad alta nivel 1.

El material utilizado en estas sesiones será un ordenador táctil.

Las sesiones durarán una hora.

6.5.5. Sesión 9. Atención.

Al inicio de la sesión se seguirá la misma metodología que en las anteriores.

Los objetivos de la sesión 9 se exponen en la siguiente tabla 6.

Tabla 6.

Objetivos de la sesión 9

Enseñar al paciente la utilidad de la atención en actividades diarias.
Informar de la relación entre memoria y atención, y la importancia de trabajar en ellas.
Mejorar la atención focalizada, sostenida y dividida.
Incentivar la flexibilidad cognitiva.
Estimular la búsqueda y rastreo visual.

Se comenzará con un breve resumen sobre la memoria, para de este modo, enlazar con la explicación sobre atención, y entender cómo se relacionan entre ellas, y la importancia de trabajar las dos en esta patología.

A continuación, se expondrán los ejercicios sobre atención.

Ejercicio 1. Atención focalizada. Rodear con un círculo todas las estrellas de seis picos (Aguilar et al., 2018). Se trata de una actividad de rastreo y búsqueda visual.

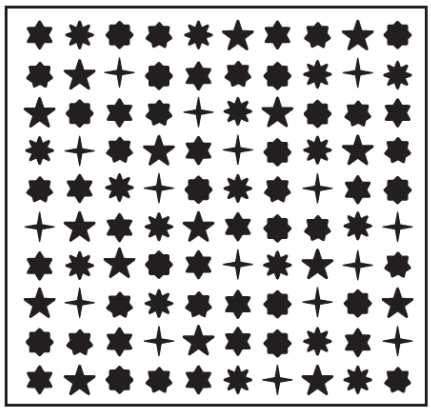


Figura 7: ejercicio 1 de atención focalizada (Aguilar et al., 2018).

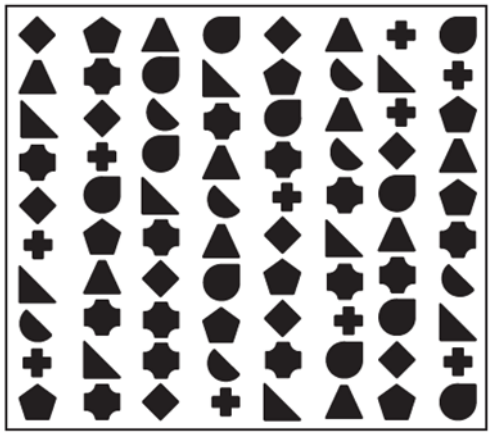
Ejercicio 2. Atención dividida. En la primera tabla aparecen letras asociadas a un número, los números van del 0 al 9. En la tabla de abajo deberá colocar en el espacio en blanco la letra o el número que le corresponda (Aguilar et al., 2018).

A	D	H	K	M	P	S	E	V	J
1	6	2	8	0	9	7	5	3	4

A	4	0	S	E	H	0	1	2	6
9	H	P	7	3	E	1	D	J	M
S	V	A	3	8	4	V	J	D	P
J	A	D	1	0	3	K	S	8	D
M	2	V	P	9	A	6	0	5	4
0	3	M	4	A	P	9	J	6	S
D	J	E	9	P	H	3	7	1	M
S	K	0	A	J	8	1	D	M	2
V	8	P	J	S	7	K	5	D	4

Figura 8: ejercicio 2 de atención dividida (Aguilar et al., 2018).

Ejercicio 3. Atención sostenida. Observar el cuadro detalladamente y contestar las preguntas (Aguilar et al., 2018).



¿Cuántas figuras diferentes hay? _____

¿Cuántas hay de cada una? _____

Figura 9: ejercicio 3 para evaluar atención sostenida (Aguilar et al., 2018).

Como tareas para casa se mandarán los ejercicios del Cuaderno Rubio sobre la atención, de nivel 3 de dificultad baja.

Los materiales empleados en esta sesión serán las platillas de ejercicios, lápiz y goma.

La sesión durará una hora.

6.5.6. Sesión 10. Atención selectiva, sostenida y ejercicios computarizados.

Al iniciar la sesión se revisarán las tareas para casa, procediendo de la misma forma que en sesiones anteriores.

Los objetivos serán los mismos que los expuestos en la sesión 9, incluyendo el incrementar la atención selectiva y alternada.

Las actividades realizadas en esta sesión serán las siguientes.

Ejercicio 1. Atención selectiva. Rodear con un círculo en cada fila el símbolo que sea idéntico al que aparece en el lado izquierdo (Aguilar et al., 2018).

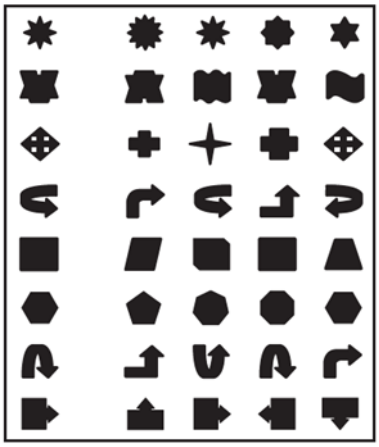


Figura 10: ejercicio 1 de atención selectiva (Aguilar et al., 2018).

Ejercicio 2. Atención alternada. En el siguiente cuadro hay una serie de letras, se deberá rodea con un círculo rojo todas las letras “E” y con un círculo azul la letra “F” (Aguilar et al., 2018).

J	A	O	S	L	C	F	E	D	T	P
T	D	J	A	E	F	O	P	S	L	C
E	T	P	S	J	C	A	L	F	O	D
P	E	F	O	L	J	D	T	C	S	A
O	J	A	C	E	S	L	F	P	D	T
D	P	L	J	A	E	T	S	O	C	F
P	T	D	E	J	C	L	F	A	O	S
C	F	S	P	O	L	E	A	J	D	T
D	O	F	L	A	C	J	S	P	T	E
A	E	C	T	D	J	L	O	F	S	P
T	D	P	F	L	S	E	C	A	J	O

Figura 11: ejercicio 2 de atención alternada (Aguilar et al., 2018).

Ejercicio 3. Atención sostenida y selectiva. Deberá encontrar las diferencian entre las dos imágenes. En esta actividad está implicada la atención sostenida, selectiva, la búsqueda y rastreo visual, y la memoria de trabajo (Muñoz et al., 2009).

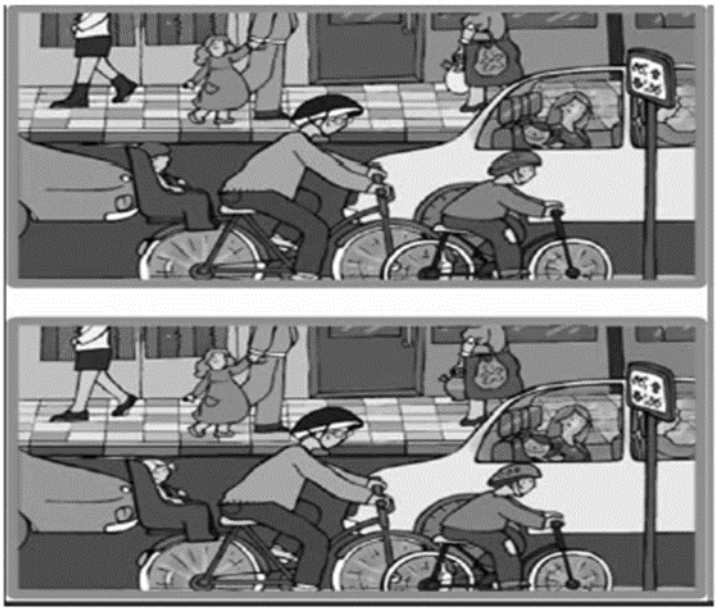


Figura 12: ejercicio 3 de atención sostenida y selectiva (Muñoz et al., 2009).

Una vez terminadas estas actividades, se comenzarán los ejercicios sobre la atención del programa computarizado RehaCom.

Ejercicio de Atención sostenida. Consiste en una cinta en movimiento donde van apareciendo distintos objetos, los objetos que difieran del modelo inicial presentado en la parte inferior de la pantalla, se deberán ir seleccionando en la cinta, por lo que el paciente tiene que ir comparándolos continuamente. A medida que avanza el ejercicio se va incrementando el nivel de dificultad, aumentando el número o forma de los objetos, existiendo diferentes versiones (García, 2016).

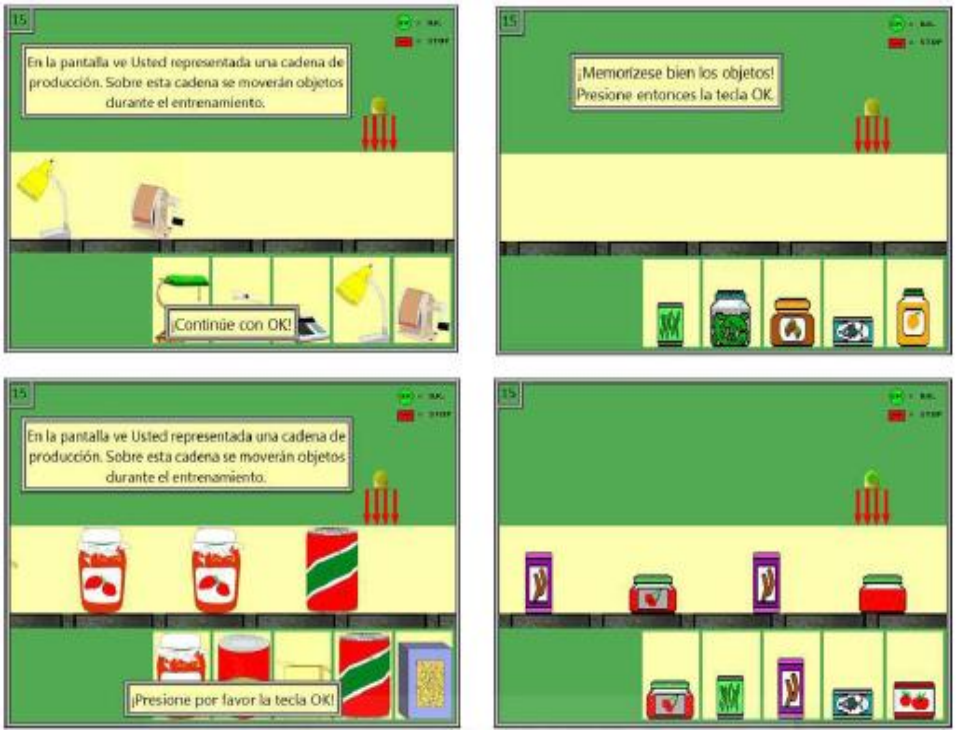


Figura 13: ejercicio de atención sostenida en RehaCom (García, 2016).

Las tareas realizadas para casa serán el Cuaderno Rubio de atención con dificultad media.

Los materiales que se emplearán en esta sesión serán las platillas de ejercicios, rotuladores, lápiz, goma y ordenador táctil.

La duración de esta sesión será de una hora.

6.5.7. Sesiones 11, 12, 13, y 14. Actividades computarizadas de atención.

Al inicio de las sesiones se revisarán las tareas para casa sobre la atención y se seguirán aclarando dudas y motivando al usuario.

Los objetivos de estas sesiones serán los mismos que en las anteriores sobre atención.

Se continuará realizando las actividades computarizadas sobre atención.

Ejercicio 1 de atención selectiva. Habrá que comparar y seleccionar la imagen que sea idéntica al modelo del margen derecho. La complejidad de la imagen irá aumentando a medida que mejore la habilidad del paciente (García, 2016).

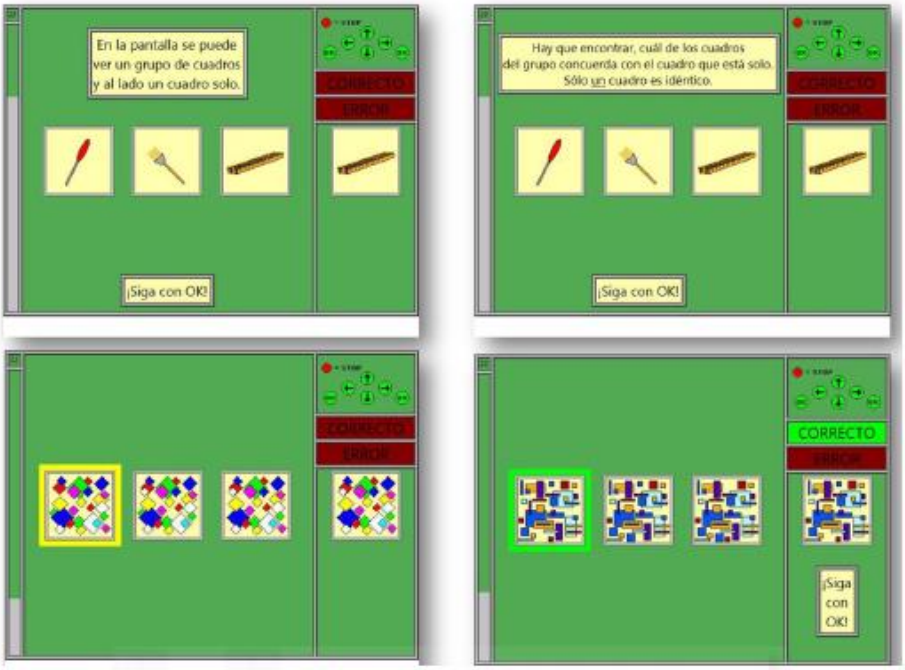


Figura 14: ejercicio 1 en atención selectiva en RehaCom (García, 2016).

Ejercicio 2. Atención dividida. El participante deberá actuar como si condujera un tren, disminuyendo la velocidad y prestando atención a las señales, para ello tiene un control de velocidad en la pantalla y luces de emergencia, esto requiere manejar varios aspectos al mismo tiempo en una situación. Igual que en el resto de ejercicios, hay distintos niveles de complejidad (García, 2016).

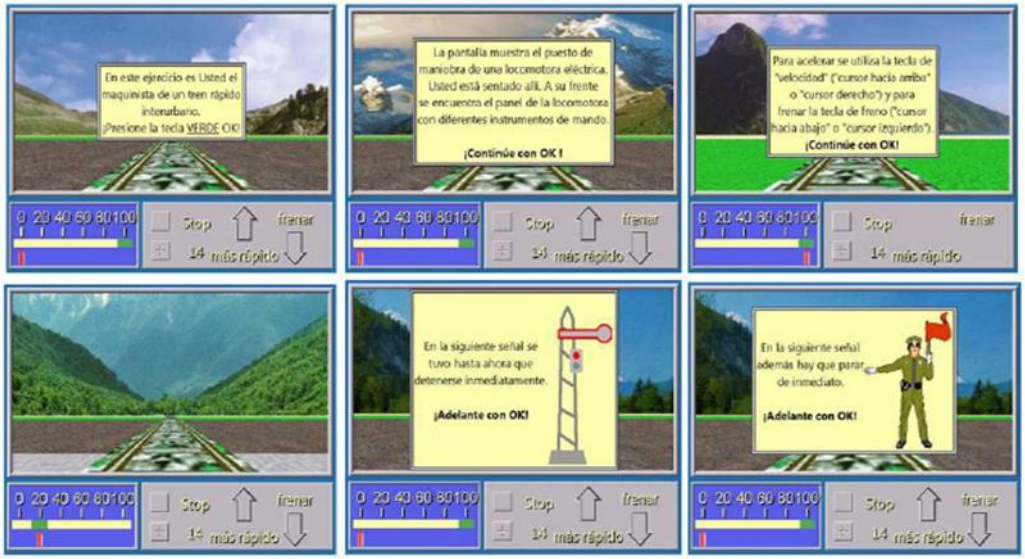


Figura 15: ejercicio 2 en atención dividida en RehaCom (García, 2016).

En cada una de las sesiones se pedirá como tareas para casa realizar los ejercicios del Cuadernos Rubio sobre la atención de nivel de dificultad medio y alto.

El material empleado en estas sesiones será el ordenador táctil.

La duración de las sesiones será de una hora, pudiéndose exceder si el usuario lo requiriera para completar las actividades.

6.5.8. Sesión 15. Funciones ejecutivas.

La sesión comenzará revisando las tareas previstas para casa sobre la atención.

Los objetivos de esta sesión se recogen en la tabla 7.

Tabla 7.

Objetivos de la sesión 15

Reforzar las conductas positivas del paciente.
Mejorar procesos de flexibilidad mental.
Crear rutinas y hábitos de vida saludables.
Planificar la realización de tareas de la vida diaria.
Aumentar el grado de autonomía y autoeficacia.
Facilitar la independencia física.
Mejorar su autoestima y autoconcepto.

Se comenzará realizando un breve resumen recordando lo trabajado sobre la memoria y atención, para a continuación explicar las funciones ejecutivas, empleando la misma metodología que explicaciones anteriores. Se resolverán las dudas que tenga le paciente en relación con lo trabajado hasta el momento.

El ejercicio en esta sesión consistirá en diseñar con el usuario un calendario semanal de lunes a domingo, planificando las comidas del día, desayuno, media mañana, comida, merienda y cena. De este modo tendrá una planificación y un equilibrio en la alimentación, manteniendo una organización para realizar la compra semanal. Es importante que la persona tenga una alimentación equilibrada y variada, ya que en este tipo de patología la persona presenta mucha desorganización y malos hábitos. Además de aporta beneficios para su salud tanto a nivel cognitivo como físico.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Figura 16: ejercicio calendario semanal.

Como tareas para casa se pedirá al paciente que intente adaptarse lo máximo posible al calendario, y continuar realizando los ejercicios de cuaderno Rubio. Se debe informar que si no pudiera realizar alguna actividad de las propuestas es normal y de lo que se trata es que la persona pueda ir adaptándose a la cotidianidad, creando rutinas y hábitos de vida saludable.

Los materiales empleados en esta sesión serán folios y rotuladores de colores para realizar el calendario.

La duración de la sesión es de una hora.

6.5.9. Sesiones 16, 17 y 18. Funciones ejecutivas computarizadas.

Al inicio de las sesiones se comentará con el paciente cómo ha ido la planificación del calendario de comidas, se debatirá si le ha resultado útil y si ha sido una buena forma de organizarse. Se seguirá reforzando y motivando para que continúe realizando su calendario de comidas, variando cada semana, a modo de costumbre y rutina.

Los objetivos en estas sesiones serán los mismos que los planteados en la sesión anterior.

A continuación, se expondrá los ejercicios del programa computarizado para funciones ejecutivas.

Ejercicio de razonamiento lógico. Se le pide al paciente que continúe la serie de figuras geométricas siguiendo un orden lógico, las figuras varían en color, forma y tamaño. Si la persona comete un error, se le informa de ello y qué tipo de error ha cometido. Se irá aumentando de dificultad a medida que pasa la pantalla (García, 2016).

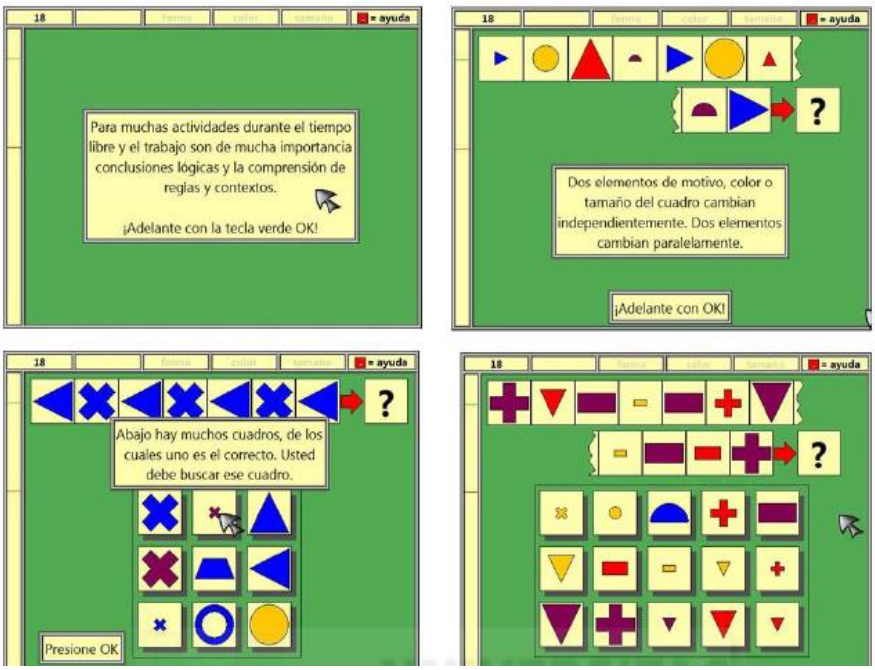


Figura 17: ejercicio de razonamiento lógico en RehaCom (García, 2016).

Como tareas para casa se pedirá que continúe realizando su calendario de comidas, y los ejercicios de cuaderno Rubio sobre lectura y escritura de nivel de dificultad medio y alto.

El material empleado en estas sesiones es el ordenador táctil.

La duración de las sesiones se aproxima a una hora.

6.5.10. Sesiones 19, 20 y 21. Toma de decisiones.

Al inicio de cada sesión se revisarán las tareas para casa, siguiendo el mismo procedimiento que en todos los inicios de sesiones.

Los objetivos que se pretenden alcanzar en estas sesiones se detallan en la siguiente tabla 8.

Tabla 8.

Objetivos de la sesión 19 a la 21

Planificación de situaciones de la vida diaria.
Mejorar las habilidades en la resolución de problemas.
Aplicar estrategias para situaciones problema.
Mejorar la toma de decisiones.
Aumentar la flexibilidad y adaptabilidad al entorno y ante situaciones.
Practicar y trabajar la toma de decisiones para favorecer la máxima autonomía en la persona.

En estas sesiones se trabajará la toma de decisiones, para ello el terapeuta explicará los pasos a seguir para una buena toma de decisiones para resolver problemas. Primero se definirá el problema, se recogerá información sobre la situación que la persona considera una dificultad, una vez valorando la situación problema se establecerán las metas u objetivos de este. Se generarán soluciones alternativas, donde se darán ideas para las posibles soluciones del problema, o cómo pedir ayuda si fuese necesario. A continuación, se procedería a la toma de decisiones como tal, donde se descartarán las alternativas a posibles soluciones que no sean las adecuadas. Con el resto de alternativas para la solución de las dificultades se elaborará una lista de anticipación de resultados. De este modo, se hace una evaluación de las soluciones (pros/contras), y se seleccionará una solución entre todas las evaluadas, y se debatirá la forma en la que se llevará a cabo. Esto será explicado de una manera sencilla empleando la pizarra, con ejemplos, y se repetirá tantas veces como sea necesario. No se debe avanzar en un paso superior, sin que se domine el anterior por parte de los participantes. De la misma forma, para amenizar la explicación se recomienda hacerla en formato debate, preguntando al propio paciente que pasos podría seguir para solucionar un problema.

Una vez explicado y comprendido, se realizará una actividad para ponerlo en práctica, utilizando como ejemplo la situación que el paciente considere un problema, así se facilitará la comprensión de la técnica y podrá generalizarlo a sus dificultades. Para ello se usará como ejemplo la tabla 9 donde se detallan los pasos a seguir.

Tabla 9.

Ejemplo para toma de decisiones

Situación problema	Alternativas a la solución de problemas	Valoración de las alternativas		Solución a la situación problema
		Pros	Contras	
Definición de la situación y recogida de información.	Anotar las alternativas de posibles soluciones al problema.			

La ejecución de estos ejercicios son complejos ya que están implicadas la atención y memoria, por ello, se hará hincapié en este ejercicio durante tres sesiones, repitiéndolo las veces que sean necesarias, hasta su compresión. Es una manera de trabajar de forma global los aspectos vistos anteriormente y seguir entrenando en ellos.

En estas tres sesiones se mandarán como tareas para casa seguir realizando ejercicios de Cuadernos Rubio sobre concentración y cálculo de los niveles bajo y media dificultad, y continuar realizando el calendario de comidas.

Los materiales empleados serán una pizarra, rotuladores, lápiz y papel.

La duración de las sesiones será de una hora.

6.5.11. Sesiones 22, 23 y 24. Resolución de problemas en actividad computarizada

El comienzo de las sesiones será revisar los ejercicios del Cuaderno Rubio, debatiendo si ha seguido con la rutina del calendario de comidas, y motivar al paciente para continuar con ello.

Los objetivos en estas sesiones serán los mismos que los expuestos en las sesiones de toma de decisiones.

Durante las tres sesiones se realizarán ejercicios para la resolución de problemas mediante el programa RehaCom, ya que presenta diferentes niveles de dificultad, que irán incrementando a medida que el usuario va completando la pantalla y supera el nivel.

Uno ejemplo de los ejercicios computarizados consiste en simular la compra de alimentos en un supermercado. Se presenta una lista de alimentos que el usuario debe encontrar en las estanterías del supermercado y del dinero del que dispone para realizar la compra. Deberá meter los productos en el carro de la comprar y pagar en la caja (García, 2016).

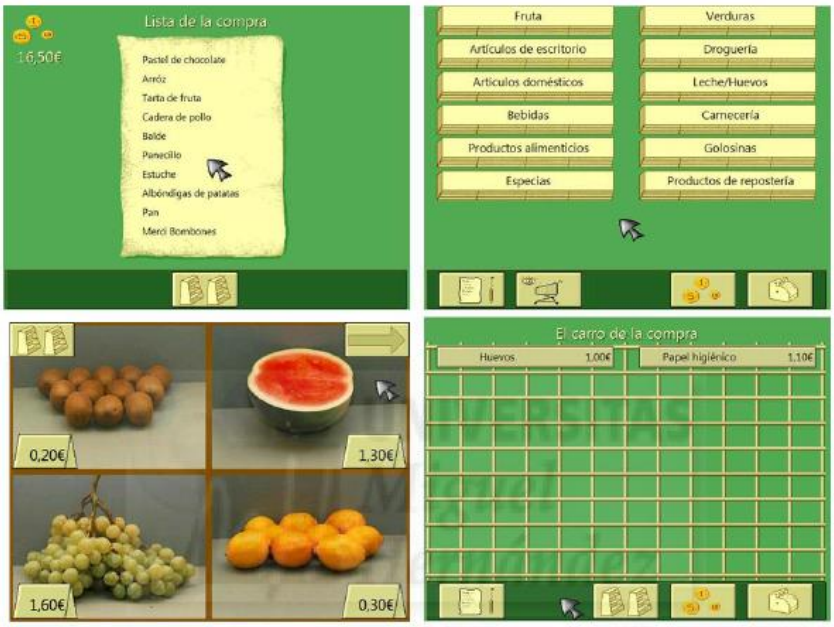


Figura 18: ejercicio computarizado en RehaCom (García, 2016).

Como tareas para casa se le recomendará seguir realizando los ejercicios del Cuaderno Rubio de concentración y cálculo de nivel 3 dificultad alta.

El material empleado en estas sesiones será el ordenador táctil.

Las sesiones tendrán una duración de una hora aproximadamente.

Al finalizar la sesión 24, se le explicará al usuario que las siguientes sesiones se llevarán a cabo en grupo para trabajar las habilidades sociales y realizar actividades con otras personas. Las sesiones se compondrán de cuatro participantes como máximo. Se resolverán todas las dudas que puedan tener y reforzando lo positivo que puede ser para la persona el seguir con el programa.

6.5.12. Sesiones de la 25 a la 29. Habilidades sociales en grupo.

El grupo estará formado por cuatro participantes para trabajar las habilidades sociales. En todas y cada una de las sesiones grupales se iniciará preguntando a los participantes por cómo se encuentran, cómo ha ido su semana y si han podido realizar las tareas y seguir con sus rutinas.

En la misma sala tendrán lugar las sesiones grupales, situando cinco sillas en círculo, para los pacientes y el terapeuta. Antes de comenzar se recordarán las normas del programa que se propusieron en un principio, como son la asistencia a las sesiones con unas condiciones higiénicas adecuadas, siendo puntuales, el cumplimiento de la confidencialidad de todo lo que se cuente en las sesiones, y respetar las intervenciones y opiniones de los compañeros.

Cualquier tarea que se proponga en las sesiones grupales se llevará a cabo sólo si el paciente está dispuesto a hacerla, sintiéndose cómodo, sin presión, no estigmatizándole y en todo momento reforzando su participación e implicación, teniendo siempre presente que las habilidades sociales son una dificultad muy acusada en esta patología.

Los objetivos para las habilidades sociales se describen en la siguiente tabla 10.

Tabla 10.

Objetivos de la sesión grupal en habilidades sociales

Conocer qué son las habilidades sociales y para qué sirven.
Detectar fortalezas y debilidades de los participantes a la hora de hablar en grupo.
Fomentar la empatía.
Generar habilidades para mantener, iniciar y finalizar una buena conversación.
Reestructurar pensamientos negativos sobre las interacciones sociales.
Establecer relaciones sociales entre compañeros y fomentar la cohesión grupal.
Aumentar la red de apoyo de cada participante con sus compañeros.
Reducir la posibilidad de sufrir aislamiento.
Entrenar habilidades sociales básicas.
Aumentar la motivación para continuar con actividades que resulten beneficiosas para el paciente.
Mejorar su autoeficacia y autoestima mediante el reforzamiento positivo y feedback de sus compañeros.

En la primera sesión de habilidades sociales en grupo, el terapeuta comenzará presentándose, diciendo su nombre, edad y las actividades que más le gusta hacer, sirviendo de modelo para los pacientes. A continuación, deberán hacerlo cada uno de los participantes, de este modo podrán conocerse y crear un vínculo. Es una forma habitual de comenzar una conversación en grupo con personas desconocidas.

Una vez terminadas las presentaciones, se definirá qué son las habilidades sociales mediante una exposición vía prezi ad hoc (anexo 7), haciendo más visual y estimulante la parte teórica. Es importante que los pacientes planteen cualquier duda y se les pedirá su opinión para involucrarlos lo máximo posible.

En la sesión 26, se realizará un breve resumen de lo visto en el día anterior y se continuará con la explicación sobre empatía y asertividad usando las definiciones que se encuentran en la presentación Prezi (anexo 7).

Los objetivos en esta sesión serán los mismos que en la anterior, incluyendo el conocer la asertividad, sumisión y agresividad y observar las consecuencias que tiene cada uno de los tres estilos de interacción para una buena comunicación entre las personas, fomentar la empatía en cada usuario, e identificar los comportamientos, pensamientos y emociones propias de agresividad, sumisión y asertividad.

Una vez explicada la empatía y asertividad se hará un pequeño debate entre todos sobre qué comportamientos, pensamientos y emociones creen que caracterizan a las personas asertivas, poniendo ejemplos y debatiendo sobre la importancia de conductas asertivas.

En la siguiente sesión se comenzará realizando un breve repaso sobre lo visto en las dos sesiones anteriores.

Los objetivos en esta sesión serán poner en práctica lo visto a nivel teórico en habilidades sociales, fomentando la comunicación e interacción.

Se realizará una actividad donde los participantes se pongan por parejas, formándose dos grupos. En cada pareja, primero se presentará uno de ellos al otro y luego a la inversa, se les explicará que el objetivo es que se conozcan más que en la presentación grupal, se les pondrá de ejemplo algunas preguntas que pueden realizar a su compañero como por ejemplo: ¿si tienen hermanos?, ¿qué aficiones o gustos tienen?, ¿si le gusta ver la televisión?, ¿si les gusta el fútbol o las compras?, ¿de dónde son?, ¿qué tipo de comida les gusta?, ¿si les gusta viajar?, etc. Después cada pareja pondrá en común lo que su compañero le ha contado. En todo momento el terapeuta deberá observar las dinámicas de las parejas, y ayudar a aquellas que más lo necesiten. Se reforzarán todas las participaciones, y el hecho de enfrentarse a tareas que requieren una interacción con los demás.

En la sesión 28 de habilidades sociales en grupos, se realizará una actividad de role-playing con cada uno de los participantes.

Los objetivos en esta sesión serán los mismos que en anteriores sesiones incluyendo trabajar la conducta gestual y emociones a la hora de mantener conversaciones, incrementar la capacidad del paciente para solicitar ayuda en situaciones complejas, e incentivar a generalizar las conductas aprendidas en sesión a contextos naturales de su vida.

Se les animará a implicarse en actividades familiares y sociales. Cada participante elegirá una actividad que realizaría con alguna persona próxima a él, preguntando a esa persona si le gustaría acompañarle durante una actividad de ocio. Esto permitirá al paciente poner en prácticas sus habilidades sociales y la iniciativa para comunicarse con su entorno, y hará que cultiven una interacción rutinaria, como por ejemplo comer o cenar juntos, ver un partido de fútbol, escuchar música o pasear juntos, son ejemplos de algunas actividades que pueden desempeñar, ayudándolo en su relación social. Para que cada participante pueda llevar a cabo este ejercicio en su entorno, practicaremos en la sesión como lo harían, simulando la situación mediante role-playing. El terapeuta hará de la persona próxima al paciente con cada uno de los cuatro participantes, de este modo, cada paciente ya tendrá pensado que actividad quiere realizar. El objetivo del ejercicio es practicar la situación en sesión para que le resulte más fácil al individuo ponerla en práctica en la situación real. En caso de que alguno de ellos no quisiera participar, nunca se presionará ni se forzará a hacerlo, reforzándoles continuamente por su esfuerzo, participación e interés. Se repetirán estas actividades tantas veces como sean necesarias para los pacientes, para ayudarles a establecer unas pautas en sus habilidades comunicativas y sociales.

En la sesión 29 se realizará un resumen de todo lo visto en habilidades sociales haciendo hincapié en aquellos aspectos que les hayan resultado más complicados, y se fomentará que observen ellos mismos las ventajas y los beneficios que tiene el poner en práctica estas habilidades, realizando un debate sobre los beneficios y las consecuencias positivas de la comunicación e interacción social.

Como tareas para casa, se le pedirá al sujeto que intente poner en práctica en su ámbito cercano lo visto en las sesiones, para ir adquiriendo destreza y poder generalizarlo en más entornos sociales, y continuar planificando el calendario del menú semanal.

Los materiales empleados en estas sesiones serán un proyector para la presentación Prezi, ordenador, una pizarra y rotuladores.

La duración de las sesiones grupales será de una hora y media.

6.5.13. Sesiones 30 y 31. Apoyo social.

Al iniciar las sesiones se preguntará por las tareas para casa, aclarando dudas y reforzando al paciente como en todas las sesiones.

Los objetivos de estas sesiones se exponen en la tabla 11.

Tabla 11.

Objetivos del apoyo social

Fomentar la red de apoyo social.
Aprender para qué es importante el apoyo social.
Reforzar el haber asistido al programa, mejorando así su autoestima y su responsabilidad hacia las rutinas del día a día.

Se explicará que es el apoyo social y la importancia de tener unas buenas redes sociales en la vida. Se les recordará la importancia de acudir y estar en contacto con los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de su comunidad que les brindan apoyo social y una rehabilitación psicosocial individual que les ayude en su desarrollo de la vida cotidiana.

En la sesión 31, para finalizar el programa, se pedirá a los pacientes que realicen una valoración del trabajo en grupo, deberán explicar para qué les ha servido el programa y qué ha sido lo que más les ha gustado y ayudado. Por último, el terapeuta agradecerá a todos su aportación al programa, la implicación y participación, recordando las fortalezas y lo valiosos que son cada uno de ellos. Se agradecerá a todos los participantes su asistencia, haciendo hincapié que cada uno de ellos ha sido muy importante para la recuperación y rehabilitación del resto.

El material empleado serán las sillas, pizarra y rotuladores.

La duración de cada sesión será de una hora y media.

6.5.14. Sesión 32. Postevaluación.

Al finalizar el programa se realizará la postevaluación, es decir, se volverán a pasar las pruebas, con el fin de comparar los resultados con la evaluación previa. Así, el profesional se asegurará de si ha habido mejoras en alguno de los déficits cognitivos y habilidades sociales, si siguen estables o si por el contrario ha ido empeorando el deterioro.

Los objetivos en esta sesión se expondrán en la siguiente tabla 12.

Tabla 12.

Objetivos de la sesión de postevaluación

Observar mejoras en las capacidades cognitivas como memoria, atención y funciones ejecutivas.
Observar destrezas y flexibilidad cognitiva
Observar si se han producido cambios favorables con relación a la primera evaluación.

Se hará de forma individual a cada paciente y se procederá de la misma manera que la primera vez, salvo que en este caso al no existir presentación previa ni realización de la entrevista clínica ad hoc se dispondrá de más tiempo para la evaluación en una sola sesión, se realizarán las siguientes pruebas: Test de STROOP (anexo 2), Trail Making Test (TMT) (anexo 3), la Figura de Rey (anexo 4), las Tarjetas de Wisconsin (anexo 5) y por último el Test del Reloj (anexo 6). Las habilidades sociales se habrán ido registrando y observando en las intervenciones que realiza cada usuario en las sesiones grupales.

Los materiales utilizados en esta sesión serán las propias pruebas, lápiz, papel y cronómetro.

La sesión tendrá una duración de una hora.

Una vez terminada la evaluación, se le comunicará al paciente la realización de dos sesiones de seguimiento, una de ellas al mes y otra a los tres meses, durante este periodo se le informará que puede ponerse en contacto con el terapeuta cuando le fuera necesario y lo requiera.

6.5.15. Sesiones 33 y 34. Seguimiento.

Las sesiones de seguimiento tendrán lugar al mes y a los tres meses de finalizar el programa.

Los objetivos de las sesiones de seguimientos se encuentran en la tabla 13.

Tabla 13.

Objetivos de las sesiones de seguimiento

Observar la evolución del paciente.
Reforzar al paciente para seguir en contacto con su red de apoyo.
Observar la eficacia y efectividad del programa realizado, valorando si el deterioro cognitivo leve se ha ralentizado o permanece estable en el tiempo.

Se preguntará al participante cómo ha estado durante este tiempo, cómo se encuentra y qué cosas de lo visto en el programa le han ayudado en su día a día. El terapeuta por medio de la observación valorará la evolución del paciente mediante una conversación que deberá ser coherente, con un lenguaje claro y un pensamiento organizado. Se le preguntará por las dificultades que se haya podido encontrar en su entorno.

Se reforzará en todo momento a la persona por su evolución, constancia y la buena predisposición que presenta en su vida diaria, se le motivará para continuar así, y ser capaz de ir resolviendo pequeñas dificultades que se le presenten. Se le animará y recordará la importancia de no perder contacto con su red de apoyo social ni con los recursos que le proporciona los centros de salud u otros servicios sociales.

Los materiales de los que se dispondrá en estas sesiones será una sala y unas sillas.

Al finalizar la última sesión de seguimiento se le facilitará al paciente un teléfono de contacto para poder seguir en grupos de apoyo para habilidades sociales. Poniendo a su disposición todos los recursos posibles para mantener el contacto.

La duración de cada una de estas sesiones de seguimiento será de una hora.

6.6. Cronograma

Se expondrá en la tabla 14 el cronograma del programa PRECOE.

Tabla 14.

Cronograma del programa PRECOE.

	Sesiones 1 y 2	Evaluación mediante entrevista clínica y pruebas de atención, memoria, velocidad de procesamiento, funciones ejecutivas, habilidades sociales, grado de apoyo social.
Sesiones individuales de una hora de duración.	Sesión 3	Presentación del programa.
	Sesiones de la 4 a 8	Intervención en la memoria de trabajo, semántica y procedimental
	Sesiones de la 9 a 14	Trabajo en la atención dividida, sostenida, selectiva y alternada. Intervención en flexibilidad cognitiva
	Sesiones 15, 16, 18	Intervención en funciones ejecutivas que incluyen planificación, estimación temporal, hábitos de vida saludables y creación de rutinas
	Sesiones de la 19 a la 21	Trabajar la toma de decisiones, flexibilidad cognitiva y adaptabilidad.
	Sesiones 22 a la 24	Resolución de problemas
Sesiones grupales de una hora y media de duración. Formación de grupos de cuatro pacientes como máximo.	Sesiones 25 a la 29	Intervención en habilidades sociales, trabajando la comunicación verbal y no verbal, asertividad, empatía y el reforzamiento positivo.
	Sesiones 30 y 31	Intervención en apoyo social y finalización de programa.
Sesiones individuales Una hora de duración.	Sesión 32	Post-evaluación
	Sesión 33 y 34	Sesiones de seguimiento al mes y a los tres meses de finalizar el programa.

6.7. Evaluación del programa

Para valorar la eficacia del programa PRECOE se evaluará al paciente mediante una entrevista semiestructurada ad hoc., (tabla 3), y una serie de diferentes pruebas estandarizadas, antes y después del mismo. Se seleccionaron esta serie de instrumentos (ver apartado de instrumentos en metodología) ya que han demostrado su eficacia para determinar el deterioro cognitivo leve en personas con esquizofrenia. Así mismo por su brevedad, sencillez y poseen una alta consistencia interna, eficacia, sensibilidad, especificad y validez, pudiéndose emplear en población española tanto en jóvenes como adultos. Además de ello, se evaluará la adherencia al tratamiento observando y registrando si los pacientes han acudido a todas las sesiones con puntualidad, han cumplido las normas establecidas, y han realizado las actividades tanto en sesiones como tareas para casa. Las actividades y ejercicios tienen diferentes niveles de complejidad que se adaptarán a las necesidades de la persona, realizando así un programa individualizado, y de esta manera se evidencian las mejoras cognitivas y destrezas que se van adquiriendo.

Con todos los pacientes se empleará la misma metodología para llevar a cabo las actividades, y acudiendo a las sesiones el mismo día de la semana y a la misma hora, creando así una rutina de trabajo que les facilite su vida diaria. Por otro lado, el ejercitar las habilidades sociales y de comunicación en grupo es importante para que puedan poner en práctica lo aprendido y establezcan relaciones entre ellos, ayudándose los unos a los otros, generando motivación para seguir adelante. Se realizará un análisis mediante los registros semanales y empleando gráficas mostrando la evolución del paciente en el programa.

Igualmente, se planificarán dos sesiones de seguimiento una al mes y otra a los tres meses con el objetivo de valorar si el programa ha sido eficaz.

7. Conclusiones

Como se ha comentado anteriormente en el presente trabajo, se ha observado que los déficits cognitivos y habilidades sociales están presentes desde el inicio de la enfermedad y se van agravando con el tiempo (Ojeda, Sánchez, Ramírez, Ballesteros y Peña, 2006; Selma 2012). Los anteriores autores refieren que a partir del primer episodio psicótico los pacientes tienen una degeneración cognitiva progresiva, por esta razón es transcendental realizar una intervención centrada en rehabilitación cognitiva desde el primer momento.

Según Fioravanti et al. (2012) se ha llegado a la conclusión de que el deterioro cognitivo es generalizado en los pacientes con esquizofrenia debido a las características propias de cada paciente, por ello es necesario crear programas individualizados y personalizados dependiendo de las características y síntomas de cada uno.

Los diferentes estudios científicos muestran discrepancias en los resultados a la hora de evaluar la efectividad de los tratamientos de rehabilitación cognitiva, ya que dependen de su generalización en el tiempo, siendo importante que la rehabilitación se implante en la vida cotidiana del paciente, y es ahí donde los resultados de los estudios muestran su eficacia (Rios, Muñoz, y Lapedriza, 2007), por eso es necesario crear un programa como PRECOE, con duración de ocho meses, que permite evaluar de forma rápida a la persona y comenzar una rehabilitación que sirva de puente con otros tratamientos posteriores, frente a programas que se consideran eficaces con tres meses de duración. Se considera que el periodo de tiempo que conforma el programa es adecuado para obtener unos resultados satisfactorios respecto al déficit cognitivo leve, ya que algunos autores proponen que aumentando el número de sesiones se incrementa la eficacia de los programas (Gil et al., 2012). Así se concluye que si se aumenta el número de sesiones presentará más eficacia frente a otros de menos duración.

Es importante matizar, que cuando se trabaja un aspecto cognitivo concreto, no podemos esperar una mejoría generalizada en todas las funciones. Por ende, uno de los objetivos del programa es que los pacientes aprendan estrategias o habilidades que puedan generalizar y poner en práctica en más situaciones. Sin embargo, es necesario trabajar cada función cognitiva por separado para observar cómo evoluciona el paciente, y así poder adaptar el programa al ritmo del paciente (Rios et al., 2007). Del mismo modo, hacerlo de esta manera servirá para que el paciente tenga más probabilidades de mejorar y afianzar sus conocimientos, mejorando así su motivación y autoestima.

Rodríguez (2019), afirma que estos pacientes presentan dificultad para concentrarse en un estímulo específico por eso es importante la realización de ejercicios en atención tanto de lápiz y papel como computarizados, para ayudarles a mejorar su capacidad de registrar y codificar información, y como consecuencia haciendo que mejore su comunicación y lenguaje. Por otra parte, Chávez (2018) señala que las funciones más dañadas en la esquizofrenia son la velocidad de procesamiento y tareas visoespaciales que se trabajarán mediante ejercicios de lápiz y papel

y las actividades computarizadas, y la fluidez verbal empleando para ello las habilidades sociales en grupo.

Al realizar una búsqueda de programas en rehabilitación cognitiva para el deterioro se ha podido comprobar que la mayoría de programas están dirigidos a pacientes con deterioro cognitivo moderado o severo, de ahí la relevancia de realizar un programa para el deterioro leve. Se considera que estas personas poseen mayores oportunidades para llevar una vida lo más cercana a la normatividad, tener trabajo, relaciones sociales estables y diversas, tiempo de ocio, más independiente y más allá de estar ligada a los servicios sociales. Por ejemplo, autores como Nathan et al., (2006) o Chávez (2018), defienden que esta enfermedad surge en edades tempranas afectando a las habilidades sociales y laborales llevando a numerosas dificultades y aislamiento. Por todo esto, se cree que es primordial trabajar y disminuir su déficit cognitivo, para que este afecte lo menos posible a las diferentes áreas de su vida. Igualmente, el no depender tanto de una institución hace que pueda recibir menos ayudas profesionales para sus dificultades, por lo que este programa paliaría esta necesidad.

Es visible la falta de recursos y programas para hacer frente a las dificultades que se plantean en una enfermedad tan compleja, que ayuden al paciente a tomar conciencia de la enfermedad, así como la importancia de un trabajo a fondo que requiere de mucho tiempo y esfuerzo. Todo esto se debe en gran medida a una evolución y progreso muy deteriorante del diagnóstico.

Diversos autores como Olivera y Pelegrín (2015), González (2012) o Llanera et al. (2010) consideran que el tratamiento para el deterioro cognitivo leve más eficaz y que lo previene o retrasa es la estimulación cognitiva, una alimentación equilibrada, el uso de programas computarizados, entrenamiento en memoria, atención, percepción, lenguaje, asociación y categorización, visualización, reestructuración cognitiva y utilización de ayudas externas. Todos estos aspectos se trabajan realizando psicoeducación y ejercicios de diferentes formas en el programa PRECOE.

Belloch et al., (2009), señala que tener buenas habilidades sociales y apoyos es un factor de protección frente a la enfermedad, por ello es fundamental trabajar en la resolución de problemas y fomentar su red de apoyo y habilidades sociales para que actúen como protección para ralentizar el deterioro y que la persona pueda hacer frente a pequeños improvistos en su vida diaria y disminuir así su nivel de estrés. Y como señala Pérez (2010) el entrenamiento en habilidades sociales es eficaz en cualquier momento de la enfermedad.

PRECOE es un programa multimodal e integral, que combina la Terapia Psicológica Integrada (IPT) adaptándola a formato grupal e individual, junto con actividades de rehabilitación cognitiva computarizada de RehaCom, siendo ambas eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia. Los programas computarizados logran cambios positivos en el funcionamiento cognitivo de los participantes (Dorado y Castaño, 2018). Se realizan en él distintos tipos de ejercicios y actividades con el fin de mejorar los hábitos de salud y calidad de vida, mejorar el ajuste psicosocial y la adherencia a otros tratamientos como el farmacológico, adaptándose a las necesidades y capacidades de la persona, y motivando a seguir desarrollando habilidades que poseen y adquiriendo nuevas, para que de este modo puedan tener más oportunidades en el ámbito social y laboral.

El programa diseñado no presenta ningún riesgo para la salud de ninguno de los participantes, ya que no se emplea ningún fármaco ni se realizan pruebas que pudiera dañar su salud física o mental. Se trata de un programa de fácil ejecución con bajos costes económicos, ya que requiere de un solo terapeuta y los materiales son accesibles y fáciles de adquirir, teniendo en cuenta que es una población que requiere de elevados costes tanto a nivel de tiempo como personal.

Una de las limitaciones de este programa es la heterogeneidad de los participantes, ya que en él se incluyen desde personas comprendidas entre los 18 a los 65 años y de ambos sexos. Por ejemplo, se considera que no posee la misma facilidad para adquirir habilidades o destrezas personas con 20 años que personas con una edad mayor. Este aspecto se deberá tener en cuenta a la hora de configurar lo más homogéneamente los posibles grupos de las sesiones y que estos sean los más favorables para los pacientes.

Otra de las limitaciones que se puede presentar es la poca familiaridad con el uso de tecnologías, como el ordenador de pantalla táctil, especialmente en personas mayores. Por eso es importante combinar ambos ejercicios entre lápiz y papel y computarizados, para no desmotivar al paciente, pero a la vez enseñarle a ser capaz de realizar ejercicios en cualquier formato.

La baja motivación y autoestima que pueda sentir el paciente hará que presente baja adherencia al tratamiento y no realice las actividades que se comuniquen para realizar en casa. Esto es otra de las limitaciones que se pueden plantear en el programa, teniendo que emplear tiempo en las sesiones para motivar al paciente y así aumentar su compromiso en las actividades. También se debe valorar el apoyo que cada paciente tenga, ya que aquellos que no posean un apoyo social previo es más previsible que presenten baja adherencia al tratamiento y no mantengan la secuencia de rutinas, que aquellos sujetos que si dispongan de ello.

Según García (2016), existen estudios que no apoyan la eficacia de la rehabilitación cognitiva computarizada tanto a nivel de deterioro cognitivo global como la funcionalidad en el área psicosocial del paciente. Por ello es necesario diseñar un programa que sea multimodal e integre y combine la rehabilitación cognitiva computarizada con rehabilitación psicosocial y otros tratamientos cognitivos como psicoeducación y habilidades sociales. Así el paciente podrá

beneficiarse de ambos, sobre todo en estadios tempranos de la enfermedad, cuando el deterioro cognitivo es leve, facilitando el trabajo con el paciente y presentando mejor evolución.

Una de las ventajas del programa de rehabilitación cognitiva PRECOE, es que permitirá al paciente adquirir cierta autonomía e independencia para reducir los gastos económicos que implica esta enfermedad, ya que el sujeto sería más productivo, pudiendo integrarse en el ámbito laboral.

El programa PRECOE pretende mejorar los déficits cognitivos y en consecuencia la calidad de vida en este tipo de población, la adherencia al tratamiento del paciente y con ello, reducir las recaídas y rehospitalizaciones.

Las futuras investigaciones y programas deberán ir encaminadas en crear programas para pacientes con deterioro cognitivo leve, que incentiven el trabajo y la preparación de las personas para un óptimo desarrollo en la vida laboral, otorgándoles así una independencia para llevar una plena calidad de vida.

8. Referencias bibliográficas

Aguilar, S.G., Gutierrez, L., y Samudio, M. A. (2018). Estimulación de la atención y memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo. Barcelona: Permanyer.

Álvarez, C., Sanz, L.J. (2014). Evaluación neuropsicológica. *Manual de Evaluación en psicología clínica*, 330-350. Madrid: CEDE.

Amador, A. G. L., Saavedra, D. R., Garfia, C. X. D., y Chávez, J. J. (2019). Trastorno psiquiátrico-esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río, 6*(11), 34-39.

American Psychiatric Association (2013) DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washintong, APA.

Bados López, A., y García Grau, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Universitat de Barcelona.

Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2009). La esquizofrenia. *Manual de Psicopatología volumen II,*372-441. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.

Berze, J. (1914). Primary insufficiency of mental activity. Leipzig: E. Deuticke.

Blázquez J. L., Paúl N., y Muñoz J. M. (2004). Atención y funcionamiento ejecutivo en la rehabilitación neuropsicológica de los procesos visuoespaciales. *Rev Neurol, 38*(5), 487-495.

Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., y Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol, 28*(7), 648-655.

Castanyer, O. (2004). La asertividad: expresión de una sana autoestima. Bilbao, España: Editorial Desclée De Brouwer, S. A.

Castillo, M.P., Bellido, M. y Ventura, A. (2016). Revisión de tratamientos eficaces en la Esquizofrenia. *Revista: Enfermedad de Salud Mental. 5*, 15-21. Editorial Glosa.

Chapi, J.L. (2011). Rendimiento neuropsicológico de personas con esquizofrenia pertenecientes a un programa de rehabilitación integral. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 14*, (4).

Chávez, J. N. (2018). Efectividad de un protocolo de rehabilitación neuropsicológico en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. (Tesis de licenciatura), Quito: Universidad de las Américas.

De la Higuera, J., y Sagastagoitia, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología, 24* (1-3), 245-266.

Del Pino, R., Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. J., y Ojeda, N. (2016). Test modificado de clasificación de tarjetas de Wisconsin: Normalización y estandarización de la prueba en población espanola. *Revista de Neurología, 62*(5), 193-202.

Dorado, C.A. y Castaño, D. (2018). Efectividad de los programas computarizados en rehabilitación cognitiva de pacientes con esquizofrenia. *Pensamiento psicológico, 16*

García, L. (2016). Eficacia del Programa de Rehabilitación Cognitiva Computarizada (REHACOM) sobre la cognición y el funcionamiento psicosocial de pacientes diagnosticados de un primer episodio psicótico. (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández, Alicante.

Gil, D., Palacios, M., Sánchez, R., Gómez, I., Gutiérrez, E., Ramiro, G., & Fuentecilla, A. (2012). Eficacia de un programa de entrenamiento en atención en la esquizofrenia: un estudio piloto. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 17*(1), 43-56.

Giugni, M., Bordones, D., Malave, B., Grimon, F., y Monguet, J. (2009). Herramienta de rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia. Universidad Ciencia y Tecnología, 13(50).

Golden, Ch. (2001). Test de Colores y Palabras. STROOP. Madrid: TEA ediciones.

González, F. (2012). Eficacia de un programa de entrenamiento físico y cognitivo basado en nuevas tecnologías en población mayor saludable y con signos de deterioro cognitivo leve: Long Lasting Memories. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca.

González. G. (2019). Relación entre recuerdo demorado en la Figura Compleja de Rey-Osterrieth y funcionamiento ejecutivo. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 9(1), 5-18.

González, J. C., y Rodríguez, A. (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Consejería de servicios sociales. Comunidad de Madrid.

Guerrero, V. y Maldonado, R. (2018). Ansiedad social. *Manual práctico para perder el miedo.* Madrid, España: Pirámide Editorial.

Gutiérrez, J. y Guzmán, G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 52, 3-6.

Liberman, R. (1994). Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona Martínez Roca.

Llanera, M., Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A. y Ruiz, J. M. (2010). Resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio preliminar. Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

López, J. A., Serrano, I., Andrés, J. M., Delgado, J., Alberola, S. y Sánchez, M. I. (2010). Utilidad del test de Stroop en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurológica, 50*(6), 333-340.

Margulis, L. E., Squillace, M. R. y Ferreres, A. R. (2018). Baremo del Trail Making Test para Capital Federal y Gran Buenos Aires. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 10*(3), 54-63.

Marino Pérez, A., Fernández, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (2010) Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Madrid. Pirámide.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente.

Mora, F. (2007). Cómo funciona el cerebro. Madrid: Alianza Editorial.

Mora, S., García, R., Perea, M. V., Ladera, V., Unzueta J., Patino, M. C. y Rodríguez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Rev Neurol, 54*(5), 303-310.

Moriana, J. A., Alarcón, E., y Herruzo, J. (2006). Aplicación de un programa de intervención psicológica en un caso de esquizofrenia.

Moriana, J. A., Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Luque, B., Cangas, A. J., y Alós, F. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia.

Muñoz,E., Blázquez, J.L., Galparsoro, N., González, B., Lubrini, G., Periañez, J.A., Ríos, M., Sánchez, I., Tirapu, J. y Zulaica, A. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Barcelona: Editorial UOC.

Nathan,P. E., Gorman, M. J., y Salkind, J. N. (2006). Esquizofrenia. *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*, 205-226. Madrid: Alianza Editorial, S. A.

Ojeda, N., Sánchez, P., Ramírez, I., Ballesteros, J. y Peña, J. (2006). Evolución del deterioro cognitivo en la esquizofrenia. *Neurocognición en esquizofrenia*, 69-79. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.

Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P., Elizagárate, E., y Eguíluz, J. I. (2012). Evidencias de eficacia de la rehabilitación cognitiva en psicosis y esquizofrenia con el programa REHACOP. *Rev Neurol, 54*, 577-86.

Olivera, J. y Pelegrín, C. (2015). Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve. *Psicogeriatría 5*(2), 45-55.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). Clasificación internacional de las enfermedades-Décima revisión (CIE-10). Madrid: OMS

Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día*. Revista de psiquiatría del Uruguay, 69*(1), 71-83.

Pedrosa, B. (2011). Fundación Cuadernos Rubio.

Rebolledo, S. y Lobato, M. J. (2000). Cómo afrontar la esquizofrenia: guía para las familias. Fundación ONCE.

Requena, C. (2002). Fundación para la atención neuropsicológica (FANESI) Intervención sociosanitaria. Universidad de León.

Ríos, M., Muñoz, J. M., y Paúl, N. (2007). Alteraciones de la atención tras daño cerebral traumático: evaluación y rehabilitación. *Rev Neurol, 44*(5), 291-7.

Rodríguez, V. (2019). Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de la República Uruguay.

Ruiz, J. C., García, S. y Fuentes, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología, 24*(1-3), 137-155. Universidad de Valencia.

Ruiz, M., Salaberria, K. y Echeburúa, E. (2013). Análisis y tratamiento psicológico de la esquizofrenia en función de los estadios clínicos. *Actas españolas de Psiquiatría, 41*(1), 52-9.

Santos, J.L. y Sanz, L.J. (2014). Esquizofrenia. *Manual de Psicología clínica*, *1*. Madrid: CEDE

Selma, H. (2012). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad 2* (1), 80–129. Facultad de Psicología (UdelaR), Facultad de Psicología (UCU).

Tárraga, L. y Boada, M. (2004). Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve. Cuadernos de repaso. Fundación ACE. Editorial Glosa, S.L.

Tirapu, J. (2011). Estimulación y rehabilitación de las funciones ejecutivas*. Catalunha: Universitat Oberta de Catalunya, 74.*

Toribio-Guzmán, J.M., Parra, E., Viñas, M.J., Bueno, Y., Cid, M. T. y Franco-Martín, M. A. (2018). Rehabilitación cognitiva por ordenador en personas mayores: programa Gradior. *Revista de Estudios Históricos. 24*, 61-75.

Vallejo, M.A. (2012). Manual de Terapia de Conducta (vol. I y II). Madrid. Dykinson.

Vargas, G. F. (2016). Usabilidad de un programa de rehabilitación neuropsicológica por ordenador “Gradior” en personas con enfermedad mental grave y prolongada. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca.

Véglia, A. P., y Ruiz, M. G. (2018). Intervención sobre las Funciones Ejecutivas (FE) desde el contexto educativo. *Revista Iberoamericana de Educación, 78*(1), 27-42.

Vera Guerrero, M. N., y Roldán Maldonado, G. M., (2018). Ansiedad social. *Manual práctico para superar el miedo*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Yoldi, A. (2015). Las funciones ejecutivas: hacia prácticas educativas que potencien su desarrollo. *Páginas de educación, 8*(1), 72-98.

9. Anexos

1.1. Anexo 1. Entrevista clínica ad hoc.

Entrevista desarrollada de forma personal, con el objetivo de recabar información personal del paciente, su apoyo social, su entorno, conocer sus habilidades sociales, de comunicación y las actividades que desempeña.

Datos generales
- **Edad** - **Ocupación.** - **Otros diagnósticos aparte de esquizofrenia** - **Enfermedades físicas reseñables** - **Medicación actual** - **¿Toma la dosis correcta de su mediación?** - **¿Cree que toma la mediación de manera correcta?** - **¿Presencia de algún trastorno mental en su familia?** - **¿Considera que su trastorno le está afectando a su vida?** - **Actualmente, ¿vive solo o acompañado?** - **¿Le gusta su vida en general?,** - **¿Le gustaría cambiar algo de su vida?**
Habilidades cognitivas
- **¿A veces siente como que le cuesta recordar las cosas que le dices?** - **¿Comete a menudo "despistes"?** - **¿Las personas de su alrededor se suelen quejar por sus "despistes"?** - **¿Las personas de su entorno se quejan de que no les presta suficiente atención?** - **¿Le cuesta concentrarse cuando está haciendo algo?** - **¿Le cuesta hacer varias tareas a la vez?** - **¿A veces, tiene problemas para seguir alguna conversación?** - **En caso de que tenga trabajo, ¿su superior se ha queda de su rendimiento? ¿en qué sentido?** - **¿Le cuesta tomar decisiones?** - **¿Se considera impulsivo?** - **¿Le cuesta planificar su día a día?** - **¿Considera que lleva una vida con rutinas saludables?**
Familia

- **¿Vive solo o con su familia?** - **En caso de vivir con familiares ¿tiene discusiones frecuentemente con su familia?** - **¿Siente que le apoyan?** - **¿Cómo es la relación con su familia?** - **¿Qué hace su familia cuando Vd. se encuentra mal?** - **¿Tiene apoyo económico de la familia?**
Amigos
- **¿Considera que tiene amigos que le puedan ayudar cuando necesita algo?** - **¿Considera que Vd. Sabe ayudar a sus amigos?** - **¿Ha necesitado a los demás para solucionar sus problemas?** - **¿Tiene algún amigo que conoce su diagnóstico?** - **En caso afirmativo, ¿le apoya?** - **¿Qué piensas sobre los amigos?, ¿te gustaría tenerlos?, ¿crees que son necesarios?, ¿Crees que te pueden ayudar?, etc.** - **¿Qué hace cuando se enfada con algún amigo?** - **¿Le cuesta hacer amigos?** - **¿Dónde suele hacer amigos?** - **En su trabajo (si lo tuviese), ¿tiene amigos?**
Estado de ánimo
- **¿A menudo se encuentra triste?** - **¿A menudo se encuentra sin ganas de hacer nada?** - **¿A menudo se siente nervioso o irritado?** - **¿A menudo se culpa por tener este diagnóstico?** - **¿Suele llorar frecuentemente?** - **¿A menudo piensa que su vida no tiene sentido?** - **Cuándo se encuentra mal física o anímicamente, ¿qué hace?**
Resolución de problemas
- **¿Considera que tiene problemas en su vida?** - **¿Qué suele hacer para resolverlos?** - **¿Qué hace cuando tiene un problema que no puede solucionar?** - **¿Qué momentos o qué situaciones hacen que se encuentre mejor?**
Tiempo libre
- **¿Qué sueles hacer en tu tiempo libre?** - **¿Cuáles son tus hobbies?** - **¿Hay algo que te guste especialmente?** - **Cuando tienes tiempo libre, ¿te gusta más estar solo o acompañado?** - **¿Consideras que eres capaz de relajarte en tu tiempo de ocio?**

1.2. Anexo 2. Test de colores y palabras (STROOP)

El test de STROOP, es una prueba neuropsicológica de gran utilidad en la evaluación y exploración clínica. Consta de tres hojas, la primera de ellas está compuesta de las palabras verde, rojo y azul escritas en tinta negra, en cinco columnas con un total de cien palabras, el sujeto evaluado tiene que leer lo más deprisa posible durante 45 segundos las palabras empezando por la columna de la izquierda y continuando hasta acabar los minutos. En la segunda lámina las palabras verde, rojo y azul están escritas con la tinta de cada palabra, y tiene que leerlas de igual forma que la anterior lámina. La tercera lámina es la más compleja, son las mismas palabras y el mismo tiempo para leerlas, sólo que esta vez las palabras rojo, verde y azul estarán escritas en tintas de distinto color al de su palabra, y lo que se debe mencionar es el color en el que está escrita la palabra, no la palabra (Chapi, 2011)

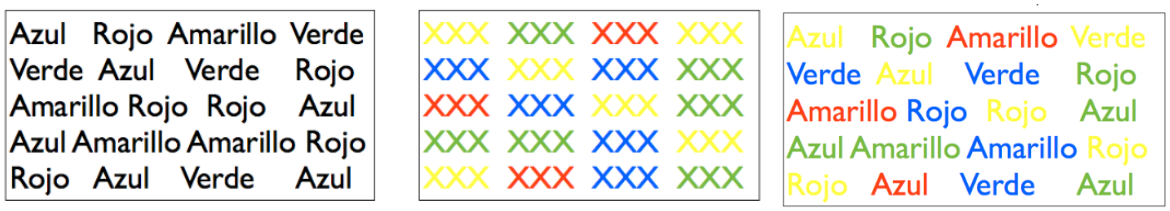


Figura 23: (Chapi, 2011)

1.3. Anexo 3. Trail Making Test (TMT)

El TMT está compuesto de dos partes, la parte A son números del 1 al 25 colocados de forma desordenada donde el sujeto deberá ir uniéndolos con un lápiz de menor a mayor de forma ordenada. En la parte B hay números del 1 hasta el 13, mezclados con letras del abecedario de la A hasta la L, el sujeto deberá ir uniendo el primer número con la primera letra del abecedario y así sucesivamente hasta unir todos. Las dos partes son cronometradas y se deben realizar lo más rápido posible. Es una prueba de las más usadas, por su rápida y fácil aplicación (Margulis, Squillace Louhau y Ferreres, 2018).

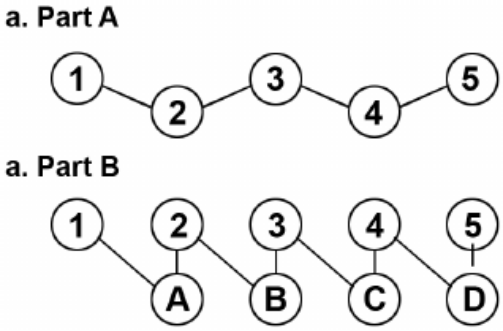


Figura 24: (Margulis, Squillace Louhau y Ferreres, 2018)

1.4. Anexo 4. Figura de Rey

Consta de tres partes, la primera es presentar la figura al sujeto y éste deberá realizar una copia del dibujo lo más similar posible. Una vez que ha acabado se le pide que reproduzca de memoria la figura, pero sin la lámina delante. Y en la tercera parte se le pide al sujeto que dibuje la figura de memoria habiendo transcurrido 20 minutos aproximadamente desde la última vez que la dibujo (González, 2019).

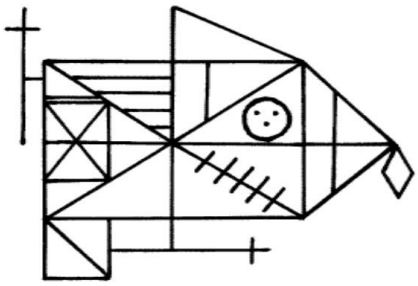


Figura 25: (González, 2019)

1.5. Anexo 5. Tarjetas Wisconsin

Consiste en 64 tarjetas, de distintas formas, colores y números. No hay ninguna tarjeta que sea idéntica. Se expone al sujeto cuatro tarjetas, y deberá ir emparejando el resto de tarjetas con esas cuatro siguiendo unas reglas, desconocidas por él, tiene que adivinar mientras prueba por ensayo-error la regla por la que se rige el emparejamiento, ya sea por forma, color o número. El examinador le irá indicando en cada emparejamiento si es correcto o no lo es. Si el sujeto coloca correctamente diez tarjetas seguidas demostrará que ha averiguado el principio de clasificación, y por lo tanto el evaluador cambia la regla (Del Pino et al., 2016).

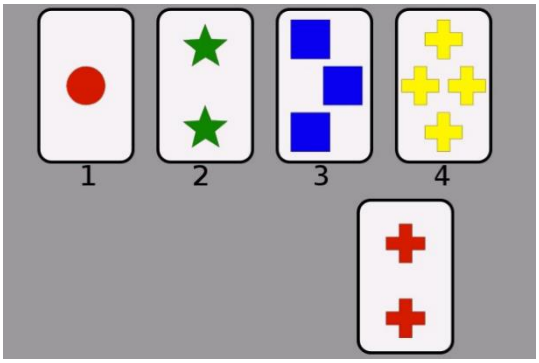


Figura 26: (Del Pino, Peña, Ibarretxe, Schretlen y Ojeda, 2016)

1.6. Anexo 6. Test del Reloj

Es una prueba de screening para evaluar demencia, de las más antiguas. Se emplea mucho por su brevedad y fácil realización. Consiste en proporcionar un folio y lápiz al sujeto dándole la instrucción de que debe dibujar un reloj redondo y grande, colocando en él todos sus números y cuyas manecillas marquen las once y diez. No presenta tiempo límite y se pueden repetir las instrucciones tantas veces como se deseen. A continuación, se da al sujeto otro folio donde aparece el dibujo de un reloj, se pedirá que lo copie lo más exactamente posible. Los errores cometidos en su ejecución reflejan deficiencias cognitivas atribuibles a alteraciones o lesiones a nivel neurológico (Cacho, García-García, Arcaya, Vicente y Lantada, 1999).

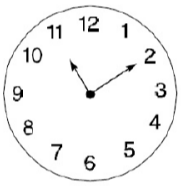


Figura 27: (Cacho, García-García, Arcaya, Vicente y Lantada, 1999)

1.7. Anexo 7. Presentación Prezi ad hoc.

El contenido de la presentación provendrá de los estudios realizados por Bados y García Grau (2011), Castanyer, (2004), Moriana et al. (2015), García (2016) y Guerrero y Maldonado (2018).

https://prezi.com/p/mvyjdgjws9hc/?present=1

1.8. Anexo 8. Cuadernos Rubio

Cada cuaderno tendrá una temática distinta como por ejemplo lenguaje, memoria, lectura y escritura, agnosias, y atención y concentración, y cada una de ellas dispone de distintos niveles, el nivel 1 de grado de dificultad medio-alto, nivel 2 dificultad medio-bajo y nivel 3 grado bajo de dificultad (Pedrosa, 2011).

Figura 28: (Pedrosa, 2011).