



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

E. U. de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Tipo de Trabajo:

Proyecto de investigación

Título

**EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA PREVIA A LA
PSICOEDUCACIÓN EN PERSONAS CON DÉFICIT COGNITIVO
SECUNDARIO A TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA
ESQUIZOFRENIA**

Estudiante: Ana Merino Rodríguez

Tutor: Ángel Luis Montejo González

Salamanca, a 15 de Enero del 2018

INDICE

Titulo	1
Resumen	1
1. Palabras clave	1
2. Introducción	1
3. Justificación	3
4. Hipótesis y objetivo	5
5. Metodología	6
5.1 Sujetos a estudio	6
5.2 Intervención a realizar	8
5.3 Variables a estudio	10
Variables dependientes	10
Variables independientes	11
Variables de ajuste	12
5.4. Recogida de información	13
5.5. Análisis estadístico	14
5.6. Sesgos y limitaciones	14
6. Recursos necesarios	14
7. Cronograma	15
8. Utilidad del estudio	16
9. Aspectos éticos y legales	16
Anexos	18
Anexo I: Test de Goldberg	19
Anexo II: Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP)	21
Anexo III: Programa de Rehabilitación Cognitiva	26
Anexo IV: Programa psicoeducativo	28
Anexo V: Escala DAI (Drug Attitudes Inventory)	29
Anexo VI: Encuesta de conocimientos del programa psicoeducativo	30
Bibliografía	32

TITULO: Eficacia de la rehabilitación cognitiva previa a la psicoeducación en personas con déficit cognitivo secundario a trastornos del espectro de la esquizofrenia.

RESUMEN

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia, en especial la esquizofrenia, se caracterizan por la falta de capacidad de introspección y cumplimiento deficiente del tratamiento. Se han llevado a cabo distintos enfoques psicoeducativos para aumentar el conocimiento y la capacidad de introspección con el objetivo de conseguir una continuidad en el tratamiento, ya que se supone que el conocimiento de la patología permitirá a estas personas afrontar su enfermedad de forma más efectiva y por lo tanto mejorará su pronóstico. Las pruebas neurológicas confirman que este tipo de trastornos llevan asociado un déficit cognitivo significativo.

A través de este proyecto se pretende evaluar si la rehabilitación cognitiva previa a la psicoeducación aumenta la capacidad del paciente para la adquisición de conocimientos y habilidades sociales con el beneficio que ello conllevaría en el afrontamiento y por lo tanto en la evolución de la patología. Dicho proyecto se llevará a cabo con usuarios del servicio de extrahospitalaria de la Red Salud Mental de Bizkaia, comparando los resultados del grupo control que solo participará en el programa psicoeducativo con los del grupo de intervención que realizará rehabilitación cognitiva previa a la psicoeducación. La valoración de la eficacia del programa se realizará mediante control durante un año de los ingresos hospitalarios posteriores a la finalización del proyecto.

1. PALABRAS CLAVE: Trastornos del espectro de la esquizofrenia, rehabilitación cognitiva, psicoeducación, taxonomía enfermera.

2. INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia son trastornos psiquiátricos que producen un deterioro en el funcionamiento social, cognitivo y afectivo, afectando de una forma global, por lo que la persona que la padece comienza a sentir, pensar y hablar de una forma diferente (1) (15).

Actualmente el DSM-5 contempla diversos tipos de trastornos del espectro de la esquizofrenia siendo los siguientes los que producen deterioro cognitivo: esquizofrenia (F20), trastorno esquizotípico (F21) y trastorno esquizoafectivo (F25). Dentro de la esquizofrenia se contemplan los siguientes subtipos: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada, residual y simple (3) (14). Dentro de dichos trastornos la esquizofrenia es la de mayor prevalencia.

En relación a la epidemiología de la esquizofrenia es importante tener en cuenta los siguientes datos (7) (14):

- a) Prevalencia: La prevalencia de la esquizofrenia en la población es de alrededor del 1%.
- b) Edad de inicio y distribución de los sexos: La prevalencia es igual en hombres que en mujeres. La esquizofrenia suele iniciar en los primeros años de la vida adulta.
- c) Nivel socioeconómico: En los países industrializados se registra un número desproporcionado de esquizofrenia entre los grupos socioeconómicos más débiles. Esta observación ha sido explicada por la teoría del “*downward drift*”, según la cual las personas afectadas descienden a grupos socioeconómicos inferiores o fracasan en sus intentos de pasar a un status superior debido a la enfermedad.
- d) Grupos étnicos o razas: La tasa de prevalencia para la esquizofrenia parece ser muy similar en las distintas culturas.
- e) Mortalidad y morbilidad: La tasa de mortalidad es dos veces mayor en esquizofrénicos que en la población general. Al mejorar el cuidado médico y psiquiátrico, las causas actuales que incrementan la tasa de mortalidad entre los esquizofrénicos son el suicidio y los accidentes.

En relación a la sintomatología, las personas con esquizofrenia pueden experimentar dos tipos de síntomas (1) (2) (14):

- **Síntomas positivos**: Son síntomas de distorsión o exageración de las funciones psicológicas, es decir, son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar:

- Alucinaciones.
 - Delirios.
 - Comportamiento extravagante, agitación.
 - Pensamientos desordenados.
- Síntomas negativos: Son síntomas que implican una pérdida de funciones; son aptitudes psicológicas que casi todo el mundo posee, pero que han perdido:
 - Falta de motivación o iniciativa.
 - Retraimiento social.
 - Alogia, abulia, apatía, anhedonia.
 - Inestabilidad emocional (embotamiento).
 - Alteración en la capacidad de atención (distractibilidad).

Los avances en el mundo de la psicofarmacología han permitido mejorar el control de los síntomas positivos, lo que a su vez ha permitido la desinstitucionalización de un gran número de pacientes, ya que pueden adaptarse mejor a un sistema de vida comunitario. Sin embargo, la sintomatología negativa es la que impide al paciente poder llevar a cabo una vida dinámica. En un principio, se realizó un abordaje psicosocial como la rehabilitación de habilidades sociales (Lieberman, 1993) (17) (18), pero estos programas fueron poco efectivos para aquellas personas que padecían un déficit cognitivo (1).

3. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia, en especial la esquizofrenia, se caracterizan por la falta de capacidad de introspección y cumplimiento deficiente del tratamiento. Se han llevado a cabo distintos enfoques psicoeducativos para aumentar el conocimiento y la capacidad de introspección con el objetivo de conseguir una continuidad en el tratamiento, ya que se supone que el conocimiento de la patología permitirá a las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia afrontar su enfermedad de forma más efectiva y por lo tanto mejorará su pronóstico (8).

El déficit cognitivo en los trastornos del espectro de la esquizofrenia es clínicamente significativo y puede ser profundo. Pruebas neuropsicológicas específicas han

detectado: deterioro de la capacidad de aprendizaje serial, de las funciones ejecutivas, la velocidad motora y fluidez verbal. También se ha observado un deterioro moderado en la capacidad de atención (sostenida, selectiva, dividida, alternante, vigilancia, control atencional), la memoria (inmediata, de trabajo, de reconocimiento, a largo plazo) y deterioro leve del reconocimiento nominal por lectura (1) (5) (6) (9) (10).

Resulta interesante mencionar que desde la neuropsicología se han realizado diversos estudios tanto para la evaluación del déficit cognitivo como para la determinación de la etiología del mismo y los resultados obtenidos en relación a las causas que producen dicho déficit han sido poco concluyentes. De tal manera que basándose en los test neuropsicológicos clásicos ha sido imposible diferenciar a nivel cognitivo a una persona que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico de otra con esquizofrenia (Heaton, Baade y Johnson, 1978) (10).

La rehabilitación cognitiva es un proceso a través del cual se pretende mejorar o aliviar el déficit cognitivo que surge tras la afección neurológica, en este caso la esquizofrenia. Los objetivos de la intervención se pueden resumir en dos grandes grupos (Wilson, 1991) (4):

1. Reducir las consecuencias de las deficiencias cognitivas en la vida diaria.
2. Reducir el nivel en que dichas deficiencias afectan a la socialización del individuo.

La psicoeducación nos permite ofrecer la posibilidad de desarrollar o potenciar las capacidades de los pacientes para afrontar mejor las consecuencias de su enfermedad (8); en definitiva, es un proceso de aprendizaje que en el caso de las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia puede encontrarse limitado por el déficit de atención y procesamiento de la información que conlleva la evolución de la propia enfermedad.

Con este proyecto pretendo evaluar si la rehabilitación cognitiva previa a la psicoeducación aumenta la capacidad del paciente para la adquisición de conocimientos y habilidades sociales con el beneficio que ello conlleva.

Las sesiones psicoeducativas están basadas en técnicas de la psicoterapia cognitivo-conductual, ya que los últimos estudios reflejan los buenos resultados de dichos métodos, consiguiendo una disminución o modificación de las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas (11).

4. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis conceptual: La rehabilitación cognitiva previa a la psicoeducación en personas con esquizofrenia y/o trastorno esquizotípico disminuirá en número de recaídas/ingresos.

Hipótesis operativa: Las personas diagnosticadas con esquizofrenia y/o trastorno esquizotípico incluidas en el programa de Trastorno Mental Grave (TMG) del servicio de extrahospitalaria de la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), con edades comprendidas entre los 18 y 40 años, tras la rehabilitación cognitiva previa a la psicoeducación disminuirán el número de recaídas/ingresos.

Objetivo general: Determinar la efectividad de la rehabilitación cognitiva previa a la psicoeducación en personas con esquizofrenia y/o trastorno esquizotípico frente a aquellos que solo acuden a sesiones psicoeducativas.

Objetivos específicos:

Objetivo principal: Comparar entre el grupo de intervención y el grupo control el número de ingresos posteriores a la aplicación del estudio durante un año.

Objetivos secundarios: Comparar entre el grupo de intervención y el grupo control:

- Número de actividades grupales en las que participa.
- Puntuación en la encuesta de conocimientos (Anexo IV).
- Percepción subjetiva del paciente respecto a su calidad de vida.
- Comparación de los resultados en función de tratamiento farmacológico del usuario. Teniendo en cuenta que los antipsicóticos hiperprolactinémicos empeoran la función cognitiva (risperidona y

paliperidona), mientras que los agonistas parciales dopaminérgicos la mejoran (aripiprazol).

5. METODOLOGÍA

5.1 Sujetos a estudio

Población diana: Personas diagnosticadas de esquizofrenia y/o trastorno esquizotípico con una edad comprendida entre los 18 y 40 años.

Población a estudio: Personas diagnosticadas de esquizofrenia y/o trastorno esquizotípico entre 18-40 años, incluidas en el programa de TMG del servicio de extrahospitalaria de la RSMB que se encuentren en fase estable y que cumplan con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Diagnóstico de esquizofrenia y/o trastorno esquizotípico desde hace 2 años según criterios del DSM-IV que requieren ingreso en una unidad de media estancia.
2. Edad: 18-40 años.
3. Aceptación voluntaria para la participación en el estudio (consentimiento informado).
4. Permanencia en una fase estable de la enfermedad.
5. Déficit cognitivo asociado al progreso de la propia enfermedad (Anexo II).

Esta valoración se llevará a cabo mediante la escala Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP) en un tiempo aproximado de 30 minutos. La valoración se realiza a través de cinco parámetros: aprendizaje de palabras, repetición de consonantes, fluidez verbal, aprendizaje diferido, y seguimiento visomotor.

De 0-2 puntos la cognición será normal, puntuaciones más altas indicarán déficit cognitivo: 3 puntos déficit de carácter leve, 4 puntos moderado y 5 puntos

severo.

Criterios de exclusión:

1. Retraso mental (CI < 70).
2. Trastornos orgánicos cerebrales.
3. Usuarios con diagnóstico de patología dual.
4. Usuarios con diagnóstico o sintomatología depresiva o de ansiedad en el momento del estudio (Test de Goldberg, Anexo I).

Dicha valoración se realizará a través del Test de Goldberg (16), aquellos sujetos que den positivo serán excluidos del estudio, ya que la depresión y los niveles elevados de ansiedad afectan a las funciones cognitivas.

Consiste en un cuestionario con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de ellas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la de ansiedad, 1 o más en la de depresión).

No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

Una puntuación igual o superior a 4 en la subescala de ansiedad e igual o superior a 2 en la subescala de depresión es indicativo de ansiedad y depresión respectivamente.

5. Personas que se encuentren en fase aguda de la enfermedad.
6. Personas con diagnóstico de esquizofrenia residual por su deterioro.
7. Personas con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo por su afectación anímica.
8. Usuarios diagnosticados de esquizofrenia catatónica por su grave afectación psicomotora.
9. Analfabetos.

10. Personas con dificultad para comprender el español.

Muestra: Se seleccionarán 40 usuarios durante los meses de Marzo a Julio del 2018 que cumplan con los criterios de exclusión e inclusión.

De esta manera obtendremos dos grupos:

Grupo de intervención: 40 usuarios que realizarán rehabilitación cognitiva previa al programa psicoeducativo. La rehabilitación cognitiva será de carácter individual y la actividad psicoeducativa de carácter grupal, cuatro grupos de 10 personas con sesiones rehabilitación cognitiva realizadas.

Grupo control: 40 usuarios que acudirán en grupos de 10 personas a las sesiones psicoeducativas sin rehabilitación cognitiva previa.

5.2 Intervenciones a realizar

Se llevarán a cabo dos intervenciones, a continuación se desarrollan en el orden en que se deben realizar:

1º) PLAN DE REHABILITACIÓN COGNITIVA (Anexo III)

El objetivo es mejorar la atención, memoria y procesamiento de la información a través de ejercicios directos. Será llevado a cabo por la psicóloga clínica.

El programa de rehabilitación cognitiva se distribuirá en 6 áreas, como este programa se imparte de forma individualizada se hará más énfasis en aquellos aspectos que el paciente tenga más deteriorados.

El programa está conformado por los siguientes módulos:

- Módulo 1: Atención y concentración

Se abordará la atención focal, sostenida, selectiva, alternante y dividida.

- Módulo 2: Aprendizaje y memoria
Este módulo se tratan tres aspectos: adaptaciones ambientales, aprendizaje nuevo y nuevas tecnologías.
- Módulo 3: Lenguaje
Se aborda la fluidez de vocabulario, el perseverativo y la disgregación de la conversación.
- Módulo 4: Compresión
Se lleva a cabo a través de un taller de lectura y mediante la lectura en alto de los resúmenes elaborados en relación al texto leído.
- Módulo 5: Funciones ejecutivas
Programación de actividades destinadas al cumplimiento de un objetivo y en un tiempo determinado. Dichas actividades pueden ser directamente ejercicios o bien estar relacionadas con la ejecución de actividades de la vida diaria.
- Módulo 5: Cognición social
El objetivo es ofrecer a la persona un marco de referencia para saber cómo actuar en cada momento. Las actividades que se llevan a cabo son estrategias para relacionarse con los demás y la capacidad para valorar reglas, roles sociales y contexto social.

2º) PROGRAMA PSICOEDUCATIVO (Anexo IV)

El programa psicoeducativo está conformado por 8 sesiones. Dicho programa se imparte en la RSMB de forma estandarizada en función de las necesidades de los usuarios. Dicho programa es llevado a cabo por las enfermeras especialistas en salud mental y se asocian a los siguientes diagnósticos enfermeros: (00162) *Disposición para mejorar la gestión de la propia salud* y (00078) *Gestión ineficaz de la propia salud* (13), teniendo en cuenta que ambos diagnósticos son excluyentes entre sí.

Las sesiones psicoeducativas son las siguientes:

- Sesión 1: Aprendiendo sobre la enfermedad.
- Sesión 2: Síntomas de alarma.
- Sesión 3: La importancia del tratamiento.
- Sesión 4: Conociendo los recursos.
- Sesión 5: Manejando el estrés.
- Sesión 6: Afrontar mi pasado y mi futuro
- Sesión 7: Mejorar mis relaciones.
- Sesión 8: Lucha contra el estigma.

Las sesiones serán de 45-60 minutos, no superando la hora de duración y serán de carácter semanal durante 7 meses.

5.3 Variables a estudio

VARIABLES DEPENDIENTES

a) Número de ingresos.

Notificación a través de la historia clínica electrónica del número de ingresos en los servicios de psiquiatría de los usuarios participantes en el proyecto producidos durante el año posterior a la finalización del programa.

b) Nivel de conocimientos relativos a la enfermedad

Se evaluará los conocimientos del usuario relativos a la enfermedad de forma previa y posterior a la sesiones psicoeducativas, con la finalidad de poder valorar objetivamente la efectividad del programa psicoeducativo.

Para ello realizarán una encuesta con preguntas básicas relacionadas con el concepto de la enfermedad, la sintomatología y los efectos sobre la dinámica en la vida diaria, dicha encuesta es la que está incluida en el propio programa

psicoeducativo de la RSMB (Anexo VI).

La encuesta estará formado por 10 preguntas, las que estén bien contestadas se puntuarán con 1 punto, las nulas con 0 puntos y las contestadas parcialmente bien con 0,5 puntos.

Interpretación de los resultados:

El rango de la puntuación obtenida es de 0 a 10, clasificando una puntuación de 0 a 5 como conocimiento escaso, de 6 a 7 moderado, de 8 a 10 el conocimiento sería extenso.

c) Percepción subjetiva de mejoría de calidad de vida.

Verbalmente el paciente contestará a la siguiente pregunta: “*¿Se encuentra mejor o peor que cuando inició la participación en este proyecto?*”. El paciente responderá “*mejor*” o “*peor*”, ambas categorías serán excluyentes entre sí.

d) Participación en actividades sociales

Se notificará el número de actividades a las que acude y el número de horas semanales realizando una comparación previa y posterior a la intervención.

e) Adherencia al tratamiento

Se realizará a través de la Escala DAI (Drug Attitudes Inventory) autoaplicada antes y después de la intervención (Anexo V)

VARIABLE INDEPENDIENTE

a) Rehabilitación cognitiva previa a la psicoeducación.

Descrito y especificado en el Anexo III y IV.

VARIABLES DE AJUSTE

- Tipo de trastorno del espectro de la esquizofrenia:
 - Esquizofrenia (paranoide, hebefrénica o desorganizada, indiferencia y simple).
 - Trastorno esquizotípico.

- Fecha del diagnóstico.

- Nivel de estudios:
 - Estudios primarios (ESO/EGB): completos ó incompletos.
 - COU/ Bachiller/ FP1/ FP2
 - Estudios Universitarios.
 - Otros (especificar)

- Situación laboral:
 - Activo: profesión cualificada o no cualificada.
 - Inactivo: En paro o con incapacidad.
 - Estudiante.

- Consumo de tóxicos
 - Tipo de sustancias
 - Depresoras
 - Estimulantes
 - Periodo de toma de las sustancias: durante cuánto tiempo y cantidad (semanal o mensual).
 - Tiempo abstinentes.

- Toma de psicofármacos
 - Nombre del fármaco
 - Fecha de inicio del tratamiento y dosis media.

5.4 Recogida de información

Se notificará a cada centro extrahospitalario de la RSMB el estudio a realizar. En la reunión del equipo se valorarán los candidatos, siendo siempre necesaria la aprobación por parte del responsable clínico.

En la primera entrevista, tras obtener el consentimiento informado del paciente, la enfermera especialista en salud mental valorará si la persona cumple o no los criterios de inclusión/exclusión.

Los datos necesarios para el estudio serán recogidos a través de la entrevista al paciente y si es preciso confirmar algún aspecto, bien porque el paciente no se acuerde o porque no estén claros, se consultará en la historia clínica del usuario a través del sistema informático Osabide Global, siempre y cuando éste se muestra de acuerdo y tras consentimiento informado por escrito del paciente.

Si la persona cumple dichos criterios, existirá una segunda entrevista en la cual la enfermera especialista en salud mental realizará el Test de Goldberg con el objetivo de verificar si el paciente tiene sintomatología depresiva. Los pacientes que no manifiesten sintomatología depresiva según la escala de Goldberg serán derivados a la psicóloga clínica para la realización de la prueba de SCIP (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry) con la finalidad de objetivar déficit cognitivo. Ambas pruebas se realizaran en la primera entrevista.

Las personas encargadas de la recogida de información serán las enfermeras especialistas en salud mental y el encargado de la realización de la prueba de SCIP será el Psicólogo Clínico.

Si finalmente el paciente es seleccionado para la realización del estudio se le informará sobre el objetivo del estudio así como de la duración y estrategias del mismo y se le asignará aleatoriamente al grupo control o al grupo de intervención.

A lo largo del estudio los datos serán registrados a través del programa informático Excel con el objetivo de poder posteriormente simplificar en análisis de los mismos.

5.5 Análisis estadístico

- 1) Descripción de variables a través de:
 - Media y desviación estándar: variables cuantitativas: nivel de estudios, consumo de tóxicos, toma de psicofármacos.
 - Frecuencia: variables cualitativas: tipo de esquizofrenia, situación laboral.
- 2) Comparación del número de ingresos y del número de actividades entre ambos grupos a través de las siguientes pruebas: t de Student y U de Mann-Whitney.
- 3) Comparación de la proporción del grado de conocimiento extenso y de la percepción subjetiva de mejoría de la calidad de vida a través de la prueba de Ji cuadrado.
- 4) Análisis multivariante en Regresión Lineal en la que tomaríamos como variable principal el número de ingresos durante el año posterior a la finalización del programa y lo ajustaríamos con las variables que en el análisis de variantes hayan sido estadísticamente significativas.

5.6 Sesgos y limitaciones

- Problemas de validez externa: Los datos obtenidos no serán extrapolables a pacientes de unidades de rehabilitación (larga estancia).
- Sesgo de información: La encuesta de conocimientos y la de calidad de vida no están validadas.

6. RECURSOS NECESARIOS

Humanos:

- Cuatro enfermeras especialistas en salud mental con conocimientos en psicoeducación.
- Dos psicólogas clínicas que llevarán a cabo la rehabilitación cognitiva.
- Dos auxiliares de enfermería especializadas en psiquiatría.

Materiales

- Una sala con una mesa, 10 sillas, un ordenador, un proyector y una pizarra.
- Un despacho con un ordenador y una mesa amplia.
- 80 carpetas con folios y bolígrafos.

7. CRONOGRAMA

- ❖ El estudio comenzará en Febrero del 2018 y finalizará en Octubre del 2020.
- ❖ Durante el mes de Febrero del 2018 nos pondremos en contacto con los servicios de extrahospitalaria para que conozcan el proyecto, su metodología y el objetivo, con el fin de que el personal de enfermería y los psicólogos nos avisen de pacientes susceptibles a participar en el estudio.
- ❖ La captación se realizará desde el mes de Marzo hasta el mes de Julio del 2018.
- ❖ El programa de rehabilitación cognitiva se realizará durante cuatro meses (Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre del 2018).
- ❖ El programa psicoeducativo tendrá una duración de 7 meses (de Enero a Julio del 2019, ambos meses incluidos).
- ❖ Desde esta fecha hasta Agosto del 2020 se registrarán los ingresos existentes de los sujetos que ha participado en el estudio.
- ❖ El análisis de datos se realizará en Septiembre y Octubre del 2020, se elaborará un informe final donde se reflejarán los resultados y las conclusiones del estudio. Los datos obtenidos serán analizados por la unidad de investigación de la RSMB.

Distribución de tareas en el equipo investigador

- Enfermera especialista en salud mental:

Recogida de información.

Realización de escala DAI (Drug Attitudes Inventory).

Realización de Test de Goldberg.

Programa psicoeducativo.

- Psicóloga clínica
Realización de la escala SCIP.
Programa de rehabilitación cognitiva individual
- Auxiliar de Enfermería/ Psiquiatría:
Apoyo en las sesiones psicoeducativas grupales.

8. UTILIDAD DEL ESTUDIO

La cronicidad de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y la afectación global que produce hace evidente la necesidad de capacitar a estas personas a través de la rehabilitación cognitiva y de la psicoeducación para la adquisición de conocimientos y habilidades que les permitan afrontar dicha enfermedad de una forma integral y con el objetivo de conseguir los siguientes beneficios:

- Aumentar la autonomía personal y mejor el funcionamiento psicosocial de las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia con deterioro cognitivo.
- Disminuir los ingresos hospitalarios con la consecuente optimización en la distribución de los recursos disponibles.
- Mejorar la calidad asistencial ofertada por el Sistema Público Sanitario en personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia.

9. ASPECTOS ETICOS Y LEGALES DEL ESTUDIO

En primer lugar es necesario indicar que todas las intervenciones se van a realizar tras el previo consentimiento informado de los pacientes, garantizando así el cumplimiento de la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

Si bien el conflicto ético puede plantearse en el grupo al que no se le realiza la rehabilitación cognitiva, ya que en el supuesto de que se compruebe el beneficio de la

misma se pueden ver perjudicados. Con el objetivo de minimizar esas consecuencias negativas del estudio en los participantes del grupo control se les informará, antes de iniciar el proyecto, de la posibilidad de llevar a cabo a posteriori el programa de rehabilitación cognitiva en el caso de que se observen los beneficios del mismo.

De esta forma se respetan los principios del Informe de Belmont, garantizando así la protección de los participantes ante la investigación:

- Principio de autonomía: A través de Consentimiento Informado.
- Principio de beneficencia: El estudio intenta confirmar el beneficio que supone para los pacientes la rehabilitación cognitiva previa a la psicoeducación.
- Principio de justicia: La posibilidad de llevar a cabo a posteriori la rehabilitación cognitiva en el grupo control garantiza la equidad entre ambos grupos.
- Principio de no maleficencia: Los participantes no se ven sometidos a riesgos innecesarios que le puedan causar daños.

ANEXOS

ANEXO I

TEST DE GOLDBERG: Cribado de ansiedad-depresión (16)

Se trata de un cuestionario con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 . No se puntuaran los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Puntuación total		
(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
Puntuación total		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?		
2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4.- ¿Se ha sentido usted desesperado, sin esperanzas?		
Puntuación total		
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?		
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
Puntuación total		

ANEXO II

SCREEN FOR COGNITIVE IMPAIRMENT IN PSYCHIATRY (SCIP) (19)

Este test permite una evaluación rápida del déficit cognitivo, se puede realizar aproximadamente en media hora. Consta de 5 Subtest: aprendizaje de palabras, repetición de consonantes, fluidez verbal, aprendizaje diferido y seguimiento vasomotor.

1- APRENDIZAJE DE PALABRAS

Consiste en leer una lista de 10 palabras tres veces solicitando el recuerdo de cada presentación. El intervalo de lectura es de unos tres segundos por palabra.

Prueba:

- 1º) Leer la lista de palabras, al acabar deberá de decir todas las palabras que recuerde y en el orden que quiera.
- 2º) Leer la lista de palabras por segunda vez, al acabar deberá repetir todas las palabras que recuerde en cualquier orden, incluyendo las que ha dicho anteriormente.
- 3º) Misma actividad que en segundo apartado.

Al finalizar es necesario decirle al paciente que intente recordar las palabras, ya que más tarde volverán a ser preguntadas.

Aspectos a tener en cuenta:

Perseveración: Cuando el examinado repita en la misma secuencia una palabra, contabilizará como una palabra más que ha recordado, pero se registrará con una cruz su repetición.

Intrusión: Cada palabra que diga que no está en la lista.

Puntuación:

En cada ensayo se contarán las palabras recordadas con un punto y posteriormente se sumarán puntos de los tres ensayos. Máximo 30 puntos.

Tabla de registro:

Nº	1ª palabra	2ª palabra	3ª palabra	4ª palabra	5ª palabra	6ª palabra	7ª palabra	8ª palabra	9ª palabra	10ª palabra	Resultado
1ª											
2ª											
3ª											
Puntuación total:											

2- REPETICIÓN DE CONSONANTES

Se leerán una serie de letras que el paciente deberá de repetir tras una tarea de distracción (que en este caso será contar en voz alta hacia atrás)

Prueba:

Esta prueba se realizará 8 veces, con consonantes distintas y las dos primeras veces no habrá ninguna distracción.

Puntuación:

Cada consonante acertada se valorará con 1 punto con un máximo de 24 puntos.

Tabla de registro:

Constantes	Inicio	Demora (segundos)	Constantes acertadas
K-L-M			
Z-G-A			
D-F-R	122		
E-Y-L	54		
N-U-Q	67		
S-X-J	52		
T-I-Ñ	100		
O-P-S	43		
H-C-B	98		
Puntuación total:			

- 1ª columna: Consonantes que paciente debe de repetir.
- 2ª columna: Es la distracción, número a partir del cual el paciente debe de empezar a contar de forma descendente hasta llegar a 0 y posteriormente repetirá las consonantes.
- 3ª columna: Es el intervalo de demora, el tiempo transcurrido desde que el paciente comienza a contar hasta que dice las consonantes.
- 4ª columna: Número de consonantes acertadas.

3- FLUIDEZ VERBAL

Consiste en que el examinado diga el mayor número de palabras que comienzan por la letra que se le indique en 30 segundos.

Prueba:

La realización de la prueba debe de seguir unas normas:

- No se pueden decir números.
- No se pueden decir nombres propios (tanto de personas como de ciudades).
- No se pueden decir palabras derivadas de una palabra ya dicha.

Puntuación:

Cada palabra se puntuará con un punto, las que no cumplan con las reglas anteriores quedarán anulada o solo se contará la primera de aquellas que son derivaciones.

Tabla de registro:

Letra	Palabras	Nº de palabras
M		
P		
Puntuación total:		

4- APRENDIZAJE DIFERIDO

El examinado deberá recordar las 10 palabras que se dijeron en la primera prueba sin que el examinador las lea de nuevo.

Puntuación:

Cada palabra recordada será un punto. Máximo de 10 puntos.

Tabla de registro:

Nº	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
	palabra									
4ª										
Puntuación total:										

5- SEGUIMIENTO VISOMOTOR

Consiste en recordar determinados códigos que le asignamos a cada letra.

Prueba:

El paciente tendrá en frente la asignación de los códigos y tendrá que transcribirlos en la tabla en el tiempo mínimo posible.

Dispondrá de un periodo de entrenamiento de 30 segundos (las letras de los cuadros grisáceos) y posteriormente comenzará la prueba. Lo hará lo más rápido que pueda y sin cometer errores.

Puntuación:

Cada código bien puesto se evaluará con un punto. Máximo 30 puntos.

Tabla de registro:

Asignación letra-código						
Letra	Q	V	R	A	G	Z
Código	••_	_•••	___••	_-__	•••_	•_••

ENTRENAMIENTO						PRUEBA		
Q	Z	V	R	A	G	V	A	Q
G	R	Z	Q	Z	A	R	V	G
A	V	R	Q	Z	G	V	R	G
Z	Q	A	G	V	Q	A	G	R
Puntuación total:								

EVALUACIÓN DE LA PRUEBA

A MAYOR PUNTUACIÓN MAYOR DETERIORO.

Nivel de déficit cognitivo en función de la puntuación:

- Normalidad: 0 a 2 puntos.
- Deterioro cognitivo LEVE: 3 puntos.
- Deterioro cognitivo MODERADO: 4 puntos.
- Deterioro cognitivo SEVERO: 5 puntos

Tabla para calcular la puntuación final:

PARAMETROS EVALUADOS	RESPUESTAS	
	CORRETAS	
Aprendizaje verbal	0 - 20 = 1 puntos	21 - 30 = 0 puntos
Repetición de constantes	0 - 17 = 1 puntos	18 - 24 = 0 puntos
Fluidez verbal	1 - 12 = 1 puntos	$\geq 13 = 0$ puntos
Aprendizaje diferido	0 - 5 = 1 puntos	6 - 10 = 0 puntos
Seguimiento visomotor	0 - 10 = 1 puntos	11 - 30 = 0 puntos
PUNTUACIÓN TOTAL:		

ANEXO III

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA PARA PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA

El programa de rehabilitación cognitiva será llevado a cabo por la Psicóloga Clínica durante 4 meses y debe incluir los siguientes módulos:

ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

Dentro de este módulo habrá cinco aspectos a rehabilitar:

1. Atención focal (respuesta básica a un estímulo).
2. Atención sostenida (vigilancia).
3. Atención selectiva (libre de distracción).
4. Atención alternante (capacidad para la flexibilidad mental).
5. Atención dividida (capacidad para responder a dos tareas simultáneamente).

APRENDIZAJE Y MEMORIA

Este módulo lo dividiremos en tres aspectos a tratar:

1. Adaptaciones ambientales: El objetivo es enseñar al paciente a adaptar su entorno en función a sus necesidades o deficiencias cognitivas.
2. Aprendizaje nuevo: Siguen enfrentándose a situaciones que requieren aprendizaje nuevo, como nombre. Se pueden utilizar estrategias como la imaginería visual, la técnica de encadenamiento hacia atrás y el recuerdo espaciado.
3. Nuevas tecnologías: Resulta fundamental el adiestramiento en las nuevas tecnologías e incluso se pueden utilizar para la realización de los propios ejercicios de rehabilitación social.

LENGUAJE

Aspectos a tratar:

1. Fluidez de vocabulario y lenguaje perseverativo.
2. Disgregación de la conversación: enfocar la conversación en un tema.

COMPRENSIÓN

Actividades:

- Taller de lectura.
- Lectura en alto de los resúmenes elaborados tras la lectura.

FUNCIONES EJECUTIVAS

Programación de actividades destinadas al cumplimiento de un objetivo y en un tiempo determinado. Dichas actividades pueden ser directamente ejercicios o bien estar relacionadas con la ejecución de actividades de la vida diaria.

COGNICIÓN SOCIAL

La cognición social es el conjunto de procesos cognitivos implicados en el modo de pensar de las personas sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones (Ruiz García y Fuentes, 2007). El objetivo es ofrecer a la persona un marco de referencia para saber cómo actuar en cada momento. Las actividades serían:

- Estrategias para relacionarse con los demás.
- Capacidad para valorar reglas, roles sociales y contexto social.

ANEXO IV
PROGRAMA PSICOEDUCATIVO (20)

El programa psicoeducativo que se llevará a cabo es el que se imparte de forma sistematizada en la RSMB como un recurso más para el abordaje integral. Está compuesto por ocho sesiones, cada una de ellas conformada por un módulo teórico y una practico con el objetivo de que las sesiones sean dinámicas.

- Sesión 1: Aprendiendo sobre la enfermedad.
- Sesión 2: Síntomas de alarma.
- Sesión 3: La importancia del tratamiento.
- Sesión 4: Conociendo los recursos.
- Sesión 5: Manejando el estrés.
- Sesión 6: Afrontar mi pasado y mi futuro
- Sesión 7: Mejorar mis relaciones.
- Sesión 8: Lucha contra el estigma.

Dicho programa es llevado a cabo por la enfermera especialista en salud mental por lo que la medicación y evaluación de los resultados se realiza a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC (13) (21) (22):

Diagnóstico de enfermería	(00162) Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00078) Gestión ineficaz de la propia salud
NOC	NOC: (1803) Conocimiento: Proceso de la enfermedad Indicador: (180302) Proceso de enfermedad NOC (1823) Conocimiento: Fomento de salud Indicador: (182308): Conductas que fomentan la salud
NIC	Intervención: (5510) Educación Sanitaria Actividad: Determinar e implementar estrategias para medir los resultados en los pacientes a intervalos regulares durante y después de terminar el programa.

Las sesiones serán de 45-60 minutos, no superando la hora de duración y serán de carácter semanal durante 7 meses.

ANEXO V

ESCALA DAI (Drug Attitudes Inventory) (23)

Escala DAI-10 auto-aplicada para la valoración de la respuesta subjetiva a los neurolépticos

1	Para mí, lo bueno de la medicación supera lo malo	V	F
2	Me siento raro/a como un zombi con la medicación	V	F
3	Tomo la medicación por decisión mía	V	F
4	La medicación hace que me sienta más relajado/a	V	F
5	La medicación hace que me sienta más cansado/a	V	F
6	Tomo la medicación solo cuando estoy enfermo/a	V	F
7	Me siento más normal con medicación	V	F
8	Es antinatural para mi cuerpo y mi mente estar controlado/a por medicación	V	F
9	Mis pensamientos son más claros con la medicación	V	F
10	Por estar con medicación puedo prevenir estar enfermo	V	F

Las instrucciones al paciente deben ser las siguientes:

Lea detenidamente cada una de las frases siguientes y decida si para usted son verdaderas o falsas. Las frases se refieren únicamente a la medicación psiquiátrica que toma actualmente. Si una frase es verdadera o en su mayor parte verdadera rodee con un círculo la V. Si una frase es falsa, rodee con un círculo la F.

ANEXO VI
ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS DEL PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO (24)

A continuación expongo la encuesta que está incluida en el programa psicoeducativo implantado en la RSMB con el fin de objetivar los conocimientos adquiridos por los usuarios.

- 1. ¿Cuál es el motivo por el que te encuentras en tratamiento en este centro?, explica todo lo que sabes al respecto.**

- 2. ¿Podrías nombrar 3 síntomas relacionados con tu enfermedad?**

- 3. ¿Cuál de las siguientes es una conducta que puede favorecer una crisis en tu estado de salud? Marca la respuesta correcta.**
 - a) Tomar la medicación.
 - b) Consumir tóxicos (alcohol/drogas).
 - c) Llevar una vida ordenada (comida, sueño, higiene etc.).

- 4. ¿Cuál de los siguientes son señales de alarma en una recaída de tu enfermedad? Marca las respuestas correctas.**
 - a) Problemas de sueño.
 - b) Evitar estar con gente.
 - c) Tener pensamientos que causan ansiedad/malestar.

- 5. ¿Qué podría evitar una recaída? Marca las respuestas correctas.**
 - a) Tomar la medicación.
 - b) Acudir a las consultas.
 - c) No pedir ayuda cuando me encuentro mal.

- 6. Nombra algún medicamento que estés tomando por tu enfermedad mental.**

- 7. Escribe posibles efectos secundarios de tu tratamiento.**

8. Cómo actuar ante las señales de alarma. Marca la respuesta correcta.

- a) Informar a la familia y acudir a un profesional.
- b) Meterme en la cama y esperar a que se me pase.
- c) Tomar medicación por mi cuenta.

9. ¿Cómo puedes favorecer tus relaciones sociales? Marca las respuestas correctas:

- a) Apuntarte a actividades (cursos, talleres, excursiones etc.).
- b) Mantener relaciones con amigos/familia.
- c) No participar en las actividades que me proponen.

10. De las siguientes opciones marca la correcta:

- a) Hay que tomar la medicación sólo cuando me encuentre mal y dejar de tomarla si cuando me encuentro bien.
- b) Si noto que me estoy empezando a poner mal, no hace falta consultarlo con nadie, es suficiente con esperar a que se pase.
- c) Tengo que tomar la medicación como está pautada y seguir las indicaciones de los profesionales aunque me encuentre bien.

Se evaluarán los conocimientos del paciente relativos a la enfermedad con anterioridad y posterioridad a la sesiones psicoeducativas.

Con el fin de poder objetivar la adquisición de conocimientos a través de esta encuesta he decidido establecer rangos numéricos

Interpretación de los resultados:

El rango de la puntuación obtenida es de 0 a 10 y los puntos de corte que se proponen son los siguientes:

- 0-5: Conocimiento escaso.
- 6-7: Conocimiento moderado.
- 8-10: Conocimiento extenso.

BIBLIOGRAFIA

1. Christopher D. Frith. **La esquizofrenia: un enfoque neuropsicológico cognitivo**. Barcelona: Editorial Ariel, 1995.
2. Esther Moreno Cidoncha. **Esquizofrenia**. [citado 17 de Diciembre de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.psicologia-online.com>
3. DSM-5. **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Madrid: Editorial Paramericana, 2014.
4. Elena Muñoz Marrón, Juan Luis Blázquez Alisente, Nekane Glaparsoro Izagirre, Begoña González Rodríguez, Genny Lubrini, José Antonio Perriáñez, Marcos Ríos Lago, Ignacio Sánchez Cubillo, Javier Trapu Ustárrroz, Amaia Zulaica Cardoso. **Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica**. Barcelona: Editorial UOC, 2009.
5. Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMPP), Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS), Asociación Guipuzcoana de familiares de enfermos psíquicos (AGIFES). Ministerio de educación, política social y deporte. **Modelo de centro de rehabilitación psicosocial**. 1ª Edición. 2007.
6. José Antonio Aldaz, Carmelo Vazquez (comps.). **Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y rehabilitación**. Madrid. Editorial siglo XXI de España Editores S.A, 1996.
7. David Elkin G. **Psiquiatría clínica**. Madrid. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000.
8. Pekkala E, Merinder L. **Psicoeducación para la esquizofrenia**. [Internet]. 2008 [citado 17 de Diciembre de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.update-software.com>
9. María Eugenia Nueva Plaza. **Esquizofrenia y déficit cognitivo**. Argentina. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología, 2010.
10. Beatriz López Luengo. **Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia: Aplicación del APT (Attention Process Training)**. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología, 2000.
11. Aaron T. Beck. Neil A. Rector. **Esquizofrenia: terapia cognitiva, investigación y terapia**. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica, 2010.
12. Oscar Pino, Georgina Guilera, Juana Gómez, J. Emilio Rojo, Julio Vallejo y Scot

- E.Purdon. **Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos.** [Internet] Hospital Universitario de Bellvitge, Universidad de Barcelona y University of Alberta (Canadá); 2005. [citado 21 de Noviembre de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3236>
13. Herdman TH, Kamitsuru S, NANDA **Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación.** Barcelona, Elsevier España S.A. 2015.
 14. Assumpta Rigol Cuadra, Mercedes Ugalde Apalategui. **Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría.** 2ª Edición. Barcelona. Editorial Masson, 2004.
 15. Julio Vallejo Rubiola, Carmen Leal Cercas. **Tratado de psiquiatría.** Volumen I. Barcelona. Ars Médica. Almirall, 2005.
 16. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. **Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general.** Br Med J (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53.
 17. Liberman R.P. **Habilidades sociales para vivir de forma independiente. Módulos de medicación y su control y prevención de recaídas.** Barcelona: Seny y Jassen- Cilag. 1986.
 18. Liberman, Robert Paul. **Rehabilitación integral del enfermo mental crónico.** Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Barcelona. Martínez Roca; 1993. p.26-27.
 19. **Detección y medición del déficit cognitivo en la práctica clínica diaria** [Internet]. Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo. Cibersam: Centro de investigación biomédica en la Red de Salud Mental; 2012. [citado 1 de Diciembre de 2017]. Recuperado a partir de: https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2012_Ayuso_Recomendaciones.pdf
 20. **Programa psicoeducativo de la Red Salud Mental de Bizkaia.** [Internet]. 2016. [citado 18 de Diciembre de 2017] Recuperado a partir de: intranet de la Red de Salud Mental de Bizkaia.
 21. Moorhead, S.; Johnson, M; Maas, M. **Clasificación de resultados de enfermería (NOC).** 3ª Edición. Madrid Elsevier Mosby. 2005
 22. Moorhead, S.; Bulechekm G.M. **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).** 4ª Edición. Madrid Elsevier Mosby. 2005
 23. Cirici R. **La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos.** Rev

Psiquiatría Fac Med Med Barna 2002; 29 (4): 232-238.

24. Encuesta de valoración de conocimientos del programa psicoeducativo de la Red Salud Mental de Bizkaia. [Internet]. 2016. [citado 18 de Diciembre de 2017].

Recuperado a partir de: intranet de la Red de Salud Mental de Bizkaia.