



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2017-2018



Trabajo Fin de Máster

Título

Aplicación del programa de Terapia Psicológica Integrada a
personas con diversidad funcional.

Autor: Arturo Úbeda Prieto

Tutora: Dra. Ana Lledó

Boyer

Convocatoria: febrero 2018.

Resumen:

El presente estudio tiene como objetivo analizar el efecto de un programa de rehabilitación cognitiva (el primer sub-programa de la Terapia Psicológica Integrada ITP) en la esquizofrenia, sobre el funcionamiento social, la psicopatología y la calidad de vida. Los resultados muestran que la aplicación del programa de rehabilitación se asoció a una mejoría significativa en el funcionamiento ejecutivo, sintomatología psiquiátrica y calidad de vida de los participantes. Las evidencias sugieren que el programa de la ITP y su primer módulo denominado diferenciación cognitiva, mejoran el bienestar clínico de las personas con esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia, Tratamiento, Rehabilitación, ITP y Calidad de vida.



Abstract:

The objective of this study is to analyze the effect of a cognitive rehabilitation program (the first sub-program of Integrated Psychological Therapy ITP) in schizophrenia, on social functioning, psychopathology and quality of life. The results show that the application of the rehabilitation program was associated with a significant improvement in the executive functioning, psychiatric symptomatology and quality of life of the participants. The evidence suggests that the ITP program and its first module called cognitive differentiation, improve the clinical well-being of people with schizophrenia.

Key words: Schizophrenia, Treatment, Rehabilitation, TPI and Quality of life.



Introducción:

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación (OMS, 2001). Asimismo, CIF entiende que la discapacidad surge como la interacción entre la enfermedad y los factores personales y ambientales. Según la OMS (2001), más de un 15% de la población mundial padece algún tipo de diversidad funcional. Entre las personas mayores de 15 años, en el mundo tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) (Romañach y Lobato, 2005).

Las personas con diversidad funcional presentan una mayor demanda de asistencia sanitaria y terapéutica en comparación con quienes no la padecen (Romañach y Lobato, 2005), por tanto, son particularmente vulnerables a las deficiencias de los servicios de asistencia sanitaria. Asimismo estas personas presentan una mayor tasa de mortandad o menor esperanza de vida.

Entre los tipos de diversidad funcional, la esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a un gran rango de población. Su tasa de prevalencia es cercana al 1% de la población general (OMS, 2001). Suele comenzar en la adolescencia o juventud, y con frecuencia se convierte en un problema crónico o incapacitante (Gold y Harvey, 1993).

Según el DSM-V, la esquizofrenia constituye una categoría psiquiátrica cuyos síntomas típicos implican una variedad de disfunciones cognoscitivas y emocionales. Debido a la gravedad de esta enfermedad y la afectación de pacientes y familiares, durante los últimos años se han desarrollado multitud de tratamientos no farmacológicos con los que se pretende aumentar la estabilidad clínica de los pacientes para así, disminuir el deterioro de las distintas esferas de la vida (Roder, 1996).

Entre los síntomas de las personas afectadas por la esquizofrenia, encontramos un déficit en el funcionamiento cognitivo (en el funcionamiento ejecutivo principalmente), problemas en la atención y la memoria, en el funcionamiento social, pérdida de calidad de vida y síntomas clínicos de carácter positivo y negativo.

Según diversos estudios (Gold y Harvey, 1993), un alto porcentaje de personas con esquizofrenia presenta algún tipo de *déficit cognitivo* y más específicamente en un 40% de ellos la afectación cognitiva se considera grave. Entre los déficits cognitivos con mayor afectación en la esquizofrenia encontramos problemas en el funcionamiento ejecutivo, la atención y la memoria. Además, estos déficits suelen ser perdurables en el tiempo, provocando un rendimiento cognitivo inferior a la población normal (Hoff, Sakuma, Wienede, Horon, Kushner y De Lisi, 1999).

Otra área afectada en la esquizofrenia, es la relacionada con las *funciones ejecutivas*, entendidas como el conjunto de procesos cognitivos que posibilitan al sujeto responder y adaptarse apropiadamente a su entorno, y que permiten variar y modificar un plan estratégico en función de valoración de nuevas circunstancias que afecten a la tarea a desarrollar. Esta capacidad ayuda a las personas a preparar y ejecutar acciones, modular el nivel de actividad o por evaluar los errores durante la realización de una tarea. Cuando esta capacidad está afectada, encontramos deterioro en la capacidad de resolución de problemas o una reducida habilidad de planificación (Bleuler, 1961; Schneider, 1997).

Otra de las capacidades cognitivas afectadas es la Atención. Este déficit se caracteriza por una selección de información de su entorno o de la comprensión de información inadecuada. Existen una gran variedad de déficits atencionales en personas con esquizofrenia, como en la atención visual-espacial, en los mecanismos inhibitorios atencionales, mayor distraibilidad, problemas en la diferenciación de estímulos

prioritarios frente a secundarios, atención dispersa, déficit en la atención sostenida en tareas con alta carga de procesamiento, también déficit atencional ante estímulos auditivos distractores, en mantener la disposición para realizar una tarea, y capacidad de inhibición (filtrado) de la información irrelevante disminuida. (Balanza-Martínez, Tabares-Seisdedos y Selva-Vera, 2005; Calev, 1999; Friedman, Squires-Wheeler y Green, 1994; Green, 1998; Nuechterlein y Dawson, 1984; Schwartz, Livingston, Sautter, Nelson y Winstead, 1990).

Otra de las áreas cognitivas en las que aparecen claros déficits en las personas con esquizofrenia es en la memoria. Los pacientes con esquizofrenia muestran trastornos en la capacidad de recordar, mientras que no del reconocimiento, caracterizándose como un trastorno en la codificación y recuperación de los recuerdos. Diversos autores destacan los siguientes déficits: memoria a corto plazo en área visual y verbal, déficit en memoria verbal declarativa episódica, a largo plazo, en la memoria procedimental, en la semántica y en la memoria de trabajo (Balanza-Martínez, et al, 2005; Calev, 1999; Jeste, Galasko, Corey-Bloom, Walens y Granholm, 1996; Wykes, Reeder, Corner, Williams y Everitt, 1999).

Las personas con esquizofrenia también presentan un mayor índice de déficits en las *habilidades sociales* y el funcionamiento interpersonal y social consistentes en escaso contacto ocular, expresión facial inapropiada, gestos inadecuados, tiempo de respuestas o sincronía deficiente, falta de coordinación entre la conducta verbal y no verbal, incapacidad para percibir correctamente las situaciones sociales. Estos déficits suelen ser deterioros que se prolongan en el tiempo, que no disminuyen. Además suelen estar ya presentes de un modo activo antes de la aparición de la enfermedad (Navarro-Ferragut, 2005).

En cuanto a la *sintomatología psiquiátrica* de manera generalizada se puede diferenciar entre dos grupos de síntomas principalmente, de carácter positivo o negativo. Los síntomas positivos son aquellas manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar, como alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, síntomas vegetativos o de exacerbación de la motricidad. Los síntomas negativos son aquellas acciones o cogniciones que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos pueden realizar cotidianamente, como pobreza afectiva, alogia, pobreza del lenguaje, bloqueo, abulia, anhedonia, problemas cognitivos en la atención o latencia de respuesta incrementada. Los síntomas previamente descritos, se relacionan e intermedian con el funcionamiento cognitivo, la rehabilitación y la capacidad funcional, por lo que la evaluación y tratamiento de estos se conecta directamente con la mejoría de otras capacidades de las personas con esquizofrenia (Feea, Bowie, y Harvery, 2009; Feea, et al, 2009)

Otra área afectada en las personas con esquizofrenia es la *calidad de vida*, en la que los afectados muestran menores puntuaciones de satisfacción en salud física, salud psicológica, cobertura de necesidades básicas o relaciones interpersonales por ejemplo (Lucas-Carrasco, 2011; Más-expósito, Amador-campos, Gómez-Benito, Lalucat, 2011).

Por todo lo que hemos señalado anteriormente, podemos concluir que la esquizofrenia es una patología que causa gran malestar en las personas que la padecen y en su entorno más cercano. El alto impacto que genera esta enfermedad tanto en cantidad de personas afectadas, como en gravedad de sus síntomas, explica el especial interés por desarrollar un tratamiento rehabilitador que sirva de herramienta para mejorar disminuir sus síntomas y disminuir su afectación.

Dentro de los diversos tratamientos desarrollados para la rehabilitación de la esquizofrenia, hemos elegido la terapia integrada para la esquizofrenia, dado que los

estudios que han analizado el resultado de la aplicación de esta terapia han mostrado resultados positivos. Otro de los beneficios de la terapia es su bajo coste económico, facilidad de aplicación, y la posibilidad de su aplicación grupal frente a la individual (Rakitzi, 2016; Ruiz, 2007; Tomás, 2009; Zimmer, 2006).

Por todo ello, en el presente estudio planteamos como objetivo analizar el efecto en la “rehabilitación cognitiva” del primer sub-programa de la Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia (ITP), considerando los estudios previos donde aplican este programa.

Partimos de las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Tras la intervención los participantes afectados de esquizofrenia mejoraran su funcionamiento cognitivo (funcionamiento ejecutivo y memoria).
2. Tras la intervención los participantes afectados de esquizofrenia mejorarán sus habilidades sociales.
3. Tras la intervención los participantes afectados de esquizofrenia, mejorarán su sintomatología psiquiátrica.
4. Tras la intervención los participantes afectados de esquizofrenia mejorarán su calidad de vida tras la intervención.

Método.

Participantes.

La muestra estuvo compuesta por 21 participantes, de los cuales 6 son mujeres y 15 son varones, todos ellos derivados por los servicios sociales del M.I. Ayuntamiento d'Ibi, a la empresa Asistencia. Los criterios de inclusión aplicados fueron: ser mayores de edad, no consumir de tóxicos y tener diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-V.

Tal y como se observa en la tabla 1, respecto a las características sociodemográficas de la muestra, el rango de edad se situó entre los 25 y 55 años, con una media de 39,29 (DT=9,43) y con una media de años de enfermedad de 16,10 (DT=7,14). La mayor parte de los participantes estaban solteros seguidos de la opción separados. Con respecto al nivel de estudios, la mayoría tenía “estudios básicos”, seguido de la opción de “sin estudios” y en menor cuantía “bachillerato”. En cuanto al consumo de medicamentos, la mayoría de los participantes tomaba “neurolépticos” y en menor medida “neurolépticos clásicos y atípicos”.

Tabla 1 Características sociodemográficas N=21

| | |
|---------------------------|--------------|
| Edad M(DT) | 39,29 (9,43) |
| Años de diagnóstico M(DT) | 16,10 (7,14) |
| Estado civil (%) | |
| Soltero | 85,7% |
| Separado | 14,3% |
| Nivel estudios (%) | |
| Sin estudios | 38,1% |
| EGB | 47,6% |
| Bachillerato | 14,3% |
| Medicación (%) | |
| Atípicos | 76,2% |
| Ambos | 23,8% |

M=Media; N= Número sujetos; DT= Desviación típica; %= porcentaje

Variables e instrumentos.

- Variables sociodemográficas.

Las variables sociodemográficas se evaluaron mediante un instrumento elaborado ad hoc en el que se planteaban preguntas sobre las características sociodemográficas como la edad, dirección, DNI, datos de contacto, años de evolución de la enfermedad, tipo de pauta farmacológica, nivel de estudios, etc.

- Funcionamiento cognitivo-ejecutivo.

El funcionamiento ejecutivo fue evaluado por medio del Test de clasificación de tarjetas Wisconsin (WCST) y el Test conductual de memoria Rivermead.

El Test de clasificación de tarjetas Wisconsin (WCST) de Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, (1993) (adaptación española de la Cruz, M.V., 1997) está desarrollado para evaluar el razonamiento abstracto y la habilidad para cambiar las estrategias cognitivas como respuesta a eventuales modificaciones ambientales y es considerado como una medida de la función ejecutiva entendida como la habilidad necesaria para desarrollar y mantener las estrategias de solución de problemas que resultan adecuadas para conseguir un objetivo, (Butler, Retzlaff y Vanderploeg, 1991; Lezak, 1995). Este cuestionario evalúa el funcionamiento ejecutivo por medio de las variables número de intentos, respuestas correctas, errores, respuestas perseverativas y errores perseverativos. Su consistencia interna en la muestra del estudio es de .89.

Test conductual de memoria "Rivermead" (The Rivermead Behavioral Memory Test) de Wilson, Cockburn, Baddeley y Hiorns, (1985) (adaptación española Delgado, Fernández, González, 2009), se utiliza para detectar alteraciones en el funcionamiento de la memoria de lo cotidiano, así como para seguir los cambios producidos por el tratamiento de las alteraciones de memoria. En este estudio se utilizaron las subpruebas

“Ítem 6a” e Ítem 6b”, que evalúan la memoria inmediata y a corto plazo. Estas puntuaciones permiten conocer el número total de elementos recordados tras la aplicación de cada prueba. Su consistencia interna en la muestra del estudio es de .95.

- *Sintomatología psiquiátrica.*

La medición de la sintomatología psiquiátrica fue evaluada mediante la utilización del cuestionario Brief psychiatric rating scale (BPRS) de Overall y Gorham, (1962) (adaptación al español por Echevarría 2014). Este instrumento consta, Este instrumento consta de 18 ítems, con una escala tipo Likert con 5 valores, que oscilan de 0 (ausencia del síntoma) a 4 (muy grave). Esta escala permite evaluar diferentes dominios como es la sintomatología de carácter positivo, la sintomatología de carácter negativo y otro dominio total con ambos tipos de síntomas. El cuestionario, se realiza por medio de una entrevista semi-estructurada, evaluado por un profesional clínico. Este cuestionario evalúa la sintomatología psiquiátrica. Su consistencia interna en la muestra analizada es de .75.

- *Habilidades sociales.*

Las habilidades sociales fueron evaluadas mediante la aplicación de la escala Life Skills Profile (LSP, Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana) de Rosen, Hadzi-Pavlovic y Parker, (1989), adaptada por V. Burgués, et al., (2006), que mide el nivel de habilidades sociales y de funcionamiento social de las personas con esquizofrenia.

El LSP consta de 39 ítems, con una escala tipo Likert con 4 valores, que oscilan de 1 (ausencia de habilidad) a 4 (presencia adecuada de habilidad). El cuestionario, se realiza por medio de una entrevista semi-estructurada, evaluada por un profesional clínico. Este cuestionario presenta una consistencia interna de .82, aplicado a la muestra del estudio.

- *Calidad de vida.*

Con el fin de evaluar la calidad de vida, utilizamos el cuestionario WHOQOL-Bref (The WHOQOL Group, 1996. World Health Organization).

Este cuestionario es auto administrado y evalúa la calidad de vida durante las dos últimas semanas, permitiendo obtener una puntuación de percepción de calidad de vida global o de salud en general. Este instrumento consta de 26 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 1 (no presencia del ítem) a 5 (presencia constante), aunque en la actualidad no existen puntos de corte propuestos, se interpreta a mayor puntuación, mayor satisfacción de vida. En el estudio de validación su consistencia interna es de .93 en la muestra.

Descripción del programa de intervención.

El programa de intervención utilizado en el estudio es el programa de rehabilitación integral llamado “Terapia Psicológica Integrada para Esquizofrenia”, también conocida como “ITP”, y concretamente su primero de los cinco módulos que lo conforman, denominado “diferenciación cognitiva” (Roder, 1996).

El módulo denominado diferenciación cognitiva, aborda los procesos neurológicos de atención, concentración, memoria y funcionamiento ejecutivo. Para ello se desarrollan sesiones de 30 a 90 minutos de duración dos veces por semana con grupos de 8 a 12 participantes y los objetivos directos que se trabajan son los siguientes:

- Desarrollar la atención y la concentración
- Desarrollar la formación de conceptos
- Desarrollar el pensamiento abstracto
- Fortalecer la memoria

Procedimiento.

Los participantes de este estudio fueron derivados por los Servicios sociales en Octubre de 2017. Inicialmente se desarrolló una reunión informativa conjunta con todos los participantes, en la que se explicaba el procedimiento y los objetivos, así como las pruebas y cuestionarios que se les iba a realizar y el procedimiento de terapia a desarrollar. Se informó a los participantes de la voluntariedad del estudio así como se les facilitó el documento de consentimiento informado. Antes del inicio de la intervención, se citó a los participantes individualmente para realizar las pruebas descritas previamente. La aplicación de los cuestionarios e instrumentos de medida en la fase previa, se llevaron a cabo en la primera quincena de noviembre de 2017, para una vez finalizada, dar comienzo al programa terapéutico, realizándose un total de 12 sesiones para cada grupo. Tras completar las sesiones, se volvieron a aplicar los cuestionarios y pruebas cognitivas preceptivas. La muestra se dividió en dos grupos no aleatorizados compuesta por 11 y 10 participantes respectivamente, teniendo en cuenta su disponibilidad horaria y preferencias personales.

En este estudio con el objetivo de garantizar la adecuación de sus términos, riesgos laborales y características éticas, ha cumplido con la normativa de protección de datos, mediante los términos establecidos en Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y el registro paso a paso en la plataforma online OSFHOMÉ, mediante un perfil público, en el que se puede visualizar la progresión del proyecto y la recogida de datos.

Diseño.

Para la investigación se empleó un estudio experimental por medio de un ensayo no controlado con evaluación pretest y postest (longitudinal), en el que se analizan los resultados de los instrumentos y su variación tras la intervención. El reclutamiento de la muestra se realizó mediante un procedimiento no probabilístico de tipo incidental por accesibilidad.

La aplicación de la primera medida de instrumentos, se llevó a cabo en la primera quincena de noviembre de 2017, y una vez finalizada, se comenzó el programa terapéutico, desarrollado los lunes y miércoles hasta el 15 de enero de 2018, realizándose un total de 12 sesiones para cada grupo. Tras completar las sesiones de intervención, se realizó la segunda medida con los instrumentos en la semana del 15 al 20 de enero de 2018.

Análisis de datos.

Para el análisis de las variables sociodemográficas se llevaron a cabo análisis descriptivos, utilizando en las variables continuas la media y desviación típica y en las variables discretas su porcentaje. Con el objetivo de analizar el cambio de las variables contempladas en este estudio (WCST, Rivermead, LSP, BPRS y WHOQOL) se utilizó la prueba de diferencias de Wilcoxon para muestras relacionadas entre la medida pre y post, también se calculó el tamaño del efecto con una significación de $p < .05$. Todos los datos obtenidos han sido analizados con el programa estadístico SPSS IBM Statistics, versión 24.

Resultados.

La tabla 2 muestra los resultados obtenidos para las variables de funcionamiento cognitivo, habilidades sociales, sintomatología psiquiátrica y calidad de vida.

Tabla 2 Resultados instrumentos evaluación.

| Instrumentos | | Medidas | \bar{x} | σ | gl | p | Efecto |
|---------------------|------------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|----------|---------------|
| WCST | Número de intentos | PRE | 114.38 | 21.02 | 20 | .05* | .45 |
| | | POST | 104.95 | 23.54 | | | |
| WCST | Nº respuestas correctas | PRE | 65.62 | 13.06 | 20 | .32 | .19 |
| | | POST | 68.10 | 18.96 | | | |
| WCST | Nº errores | PRE | 48.76 | 23.34 | 20 | .00* | .63 |
| | | POST | 34.48 | 21.6 | | | |
| WCST | Nº Respuestas perseverativas | PRE | 39.14 | 22.40 | 20 | .00* | .66 |
| | | POST | 26.52 | 17.66 | | | |
| WCST | Nº errores perseverativos | PRE | 32.81 | 18.45 | 20 | .00* | .59 |
| | | POST | 22.00 | 14.38 | | | |
| RIVERMEAD | Rivermead inmediato | PRE | 5.48 | 2.75 | 20 | .35 | .12 |
| | | POST | 5.90 | 3.90 | | | |
| RIVERMEAD | Rivermead demorado | PRE | 4.43 | 2.11 | 20 | .43 | .12 |
| | | POST | 4.80 | 3.52 | | | |
| LSP | Perfil habilidades sociales | PRE | 111.57 | 13.38 | 20 | .01* | .24 |
| | | POST | 114.00 | 39.57 | | | |
| BPRS | BPRS positivos | PRE | 6.05 | 2.99 | 20 | .00* | .76 |
| | | POST | 3.76 | 4.31 | | | |
| BPRS | BPRS negativos | PRE | 5.71 | 2.57 | 20 | .00* | .57 |
| | | POST | 4.24 | 1.70 | | | |
| BPRS | BPRS suma total items | PRE | 27.24 | 8.87 | 20 | .00* | 1.3 |
| | | POST | 15.67 | 7.50 | | | |
| WHOQOL | Salud física | PRE | 25.09 | 5.09 | 20 | .23 | .08 |
| | | POST | 25.48 | 4.29 | | | |
| WHOQOL | Salud psicológica | PRE | 19.90 | 4.48 | 20 | .00* | .28 |
| | | POST | 20.90 | 3.97 | | | |
| WHOQOL | Relaciones Sociales | PRE | 8.571 | 2.37 | 20 | .012* | .50 |
| | | POST | 9.14 | 2.33 | | | |
| WHOQOL | Salud ambiental | PRE | 25.23 | 5.69 | 20 | .012* | .22 |
| | | POST | 26.24 | 4.67 | | | |

\bar{x} = Media; σ = Desviación típica; gl= Grados de libertad; p= valor alfa; Efecto= valor tamaño del efecto; WCST=Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin; LSP= Perfil de habilidades de la vida diaria; BPRS= Brief psychiatric rating scale; WHOQOL= World health organization questionnaire of life; * = $p < .05$.

Como puede observarse en la tabla 2, respecto al instrumento WCST, la variable “número de intentos necesarios” presenta una disminución significativa, con una media

de 114.38 (DT=21.02) intentos en la medida pretest a 104.95 (DT=23.54) intentos en la medida posttest, con un valor de significación .05 y un tamaño del efecto .45. En el caso de la variable “número de errores”, también disminuye significativamente con media de 48.76 (DT=23.34) errores de la medida pretest a 34.48 (DT=21.60) en la medida posttest, con un valor de significación de .00 y un tamaño del efecto de .63. La variable “número de respuestas perseverativas” disminuye significativamente, con una media de 39.14 (DT=22.40) respuestas en la medida pretest y 26.52 (DT=17.66) en la medida posttest, con un valor de significación .00 y un tamaño del efecto de .66. La variable “número de errores perseverativos” disminuye significativamente, mostrando media de 32.81 (DT=18.45) errores en la medida pretest y 22.00 (DT=14.38) errores en la medida posttest, con un valor de significación .00 y un tamaño del efecto del .59. La variable “número de respuestas correctas” no presenta cambio significativo, aunque su media aumenta de 65.62 (DT=13.06) en la primera medida a 68.10 (DT=18.96) en el posttest, con un valor de significación de .32 y un tamaño del efecto de .19.

En la otra dimensión cognitiva valorada por medio del instrumento Rivermead, no aparecen cambios significativos a considerar, aunque el “recuerdo inmediato”, aumentó la media de la medida pretest de 5.48(DT= 2.75) a 5.9(DT=3.9) en la medida posttest, con un valor de significación .35 y un tamaño del efecto de .12. La variable “recuerdo demorado”, aumentó la media de 4.43 (DT=2.11) en la medida pretest a 4.8 (DT=3.58) en la medida posttest, con un valor de significación de .43 y un tamaño del efecto de .12.

El análisis del cambio en las habilidades sociales, mostró un aumento significativo entre ambas medidas, pasando la media de la medida pretest de 111 (DT=13.38) a 114 (DT=39.57) del posttest, con un valor de significación de .01 y un tamaño del efecto de .24.

Por otra parte, en el instrumento BPRS, la variable “sintomatología positiva”, presenta una disminución significativa, mostrando una puntuación media de 6.05 (DT=2.99) de la medida pretest y 3.76 (DT=4.31) en el postest, con nivel de significación de .00 y un tamaño de efecto de .76. La variable de “sintomatología negativa” muestra cambios significativos, disminuyendo con una media pretest de 5.71 (DT=2.57) a una media de la medida postest de 4.24 (DT=1.70) con un nivel de significación de .00 y tamaño de efecto de .57. La variable “puntuación total”, presenta también una reducción significativa, con una media de 27.24 (DT=8.87) en la medida pretest y media de 15.67 (DT=7.50) en la medida postest, con un nivel de significación de .00 y un tamaño del efecto de .30.

En el instrumento WHOQOL, la variable “salud psicológica” aumenta significativamente de la media medida en la fase pretest de 19.95 (DT=4.48) a una media 20.90 (DT=3.97) en el postest con un nivel de significación de .00 y un tamaño del efecto de .28. La variable “relaciones sociales”, aumenta significativamente en su media de la fase pretest de valor 8.57 (DT=2.37) a una media de la medida postest de 9.14 (DT=2.33), con significación del .01 y tamaño del efecto de .50. La variable “salud ambiental” también presenta un aumento significativo con una media de 25.23 (DT=5.69) de la medida pretest y un valor de media de 26.24 (DT=4.67) tras la medida postest, con una significación de .01 y un tamaño del efecto de .22. Por otra parte la variable “salud física” no presenta cambios significativos, aunque se puede observar un leve aumento de la puntuación media de 25.09 (DT=5.09) en la fase pretest hasta un valor de media de 25.48 (ST=4.29) en la toma postest, con un valor de significación de .23 y un tamaño del efecto de .08.

Discusión.

El objetivo principal de este proyecto de investigación, es la comprobación de la eficacia terapéutica de la aplicación del primer módulo “diferenciación cognitiva” de la Terapia psicológica integrada (ITP).

Tras la valoración de los resultados de nuestro estudio, en cuanto al análisis de las diferencias en el funcionamiento cognitivo, tras la aplicación de la terapia, es posible afirmar que se ha producido una mejoría en “funcionamiento ejecutivo”, por medio de las variables “numero de intentos”, “número de errores”, “número de respuestas perseverativas” y “número de errores perseverativos” medidas por medio del instrumento WCST, pero no es posible afirmar que estos cambios se hayan repetido en el resto de variables cognitivas analizadas, pues no aparecen cambios significativos en las variables que miden la “memoria” del RBMT. Estos resultados van en la línea que se esperaba, debido principalmente a que el primer programa de la ITP, diferenciación cognitiva, incide y trabaja el funcionamiento cognitivo. Diversos estudios (Tomás, 2009; Roder, 2007), han encontrado mejoría significativa en personas con esquizofrenia, en las variables del WCST, como “número de respuestas correctas”, “número de errores”, tras la aplicación del primer programa anteriormente citado. Otras mejoras encontradas pueden ser las de memoria, concentración u orientación espacio-temporal, valorado por la escala Minimental (Zimmer, 2006). En otro estudio con resultados similares (Rakitzki, 2016), se encontraron mejoras en la memoria de trabajo y percepción social. Por todo lo anteriormente citado, se observa que las variables que pueden ser estudiadas para evaluar el funcionamiento cognitivo son diversas, y en los distintos estudios realizados, no existe uniformidad en la mejora de variables concretas, aunque sí que es cierto que en todos los estudios en los que se aplica al menos el

programa de diferenciación cognitiva de la ITP, aparecen mejoras significativas en algunas variables cognitivas (Roder, 2007; Tomás, 2009; Zimmer, 2006).

Al valorar los datos obtenidos por el presente estudio, es posible concluir que existe mejoría tras la aplicación de la terapia, en las habilidades sociales de las personas con esquizofrenia, medido por la escala LSP. Según los datos de otros estudios, la aplicación de sólo el programa de diferenciación cognitiva, no contribuye de manera significativa a la mejora en las habilidades sociales, aunque muestran valores cercanos a la significación (Tomás, 2009). Por otra parte, estudios que han aplicado el segundo programa de diferenciación cognitiva (Ruiz, 2007), tampoco han encontrado mejoras en esta área, si encontrándolas, las intervenciones que han aplicado el programa completo de la ITP (Zimmer, 2006), quienes encontraron mejoría significativa de las habilidades sociales de las personas con esquizofrenia, medido por las distintas escalas utilizadas. Tras estos datos, es posible concluir que la mejora en las habilidades sociales, se alcanza tras la aplicación de los últimos 3 programas de la ITP o en su defecto, al aplicar el programa entero, sin embargo, la mera aplicación del primer módulo a nuestro grupo de terapia, ha mostrado leves avances.

En la sintomatología psiquiátrica, se aprecia una mejora significativa entre la primera y segunda medida en las variables del instrumento BPRS. Estas variables, muestran un tamaño de efecto grande, en sintomatología negativa, en sintomatología positiva y en sintomatología general. Estos datos van en la dirección que era de esperar y que muestran otros estudios (Zimmer, Verissimo, Laitano, Ferreira y Belmonte-de-Abreu, 2006), en los que la aplicación del primer programa, diferenciación cognitiva de la ITP, ha presentado una reducción de la sintomatología. En este caso, este estudio ha encontrado un tamaño de efecto mayor y aplicado a las tres variables de la BPRS que hemos analizado, a diferencia de otros estudios que muestran mejora en la

sintomatología pero limitada a los ítem de “susplicacia” o “retraimiento emocional” de la BPRS (Tomás, 2009; Zimmer et al, 2006). De igual modo se asemeja a otros estudios en los que la sintomatología se ha analizado por medio de la escala PANSS y en los que también se ha encontrado mejoría en la sintomatología psiquiátrica (Rakitzi, 2016).

La mejoría encontrada en la variable calidad de vida medida a través del cuestionario WHOQOL, ha obtenido resultados dispares con otros estudios con muestras con población con la misma patología (Lucas-Carrasco, 2011; Más-expósito, 2011), en el que las medias de población, presentaban valores distintos.

El presente estudio ha contado con un tamaño de muestra pequeño (21 participantes), pero el tamaño es similar a otros estudios a los que se han aplicado la ITP (Roder, 2007; Tomás, 2009; Zimmer, 2006). La aplicación de la intervención ha conllevado un tiempo de terapia y un número de sesiones menor que el resto de estudios, aunque los resultados no parecen depender tanto de este factor, pues aparecen resultados dispares, por lo que se ha de valorar la posibilidad de que influyan factores diferentes al tiempo de aplicación de los programas de la ITP.

Por último, al comparar la presente intervención con estudios en los que se desarrolla el programa de diferenciación cognitiva, se encuentran resultados muy similares (mejora en psicopatología y funcionamiento cognitivo) medidos por distintas variables, lo que nos lleva a incidir en el efecto de dicho programa sobre las personas con esquizofrenia.

Las conclusiones que sugieren los resultados obtenidos en el presente trabajo De investigación son las siguientes:

En cuanto al funcionamiento cognitivo, se puede dar por válida la hipótesis planteada, debido a que las medidas que valoran el funcionamiento ejecutivo han

mostrado cambios significativos o próximos a la significación y hay también una mejoría cercana a la significación en el recuerdo inmediato.

Los resultados demuestran que se ha producido mejoría en las habilidades sociales de los participantes medidos por la escala LSP.

Tras la valoración de los resultados, se puede afirmar que, la reducción de la sintomatología tras la aplicación de la intervención se cumple, pues aparece una reducción de la sintomatología positiva, negativa y de la puntuación total de la escala BPRS que sirve para la evaluación de dichos síntomas. Vinculado a la información anterior, se infiere que el entrenamiento cognitivo de la ITP, mejora la estabilidad de la sintomatología de las personas con esquizofrenia.

Los datos aportan una mejoría significativa en tres de los cuatro dominios del cuestionario WHOQOL de calidad de vida, concretamente en “salud psicológica, relaciones sociales y salud ambiental”.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio de investigación, se pueden destacar las siguientes.

La muestra que ha participado en esta investigación es pequeña, estando compuesta por un total de 21 participantes. Aunque es una muestra suficiente para aportar un mínimo de consistencia al estudio, no es suficientemente grande para poder generalizar resultados. Otras características como el tipo de participante, tipo de recurso al que asisten, etc, limitan la generalización de resultados.

Datos sociodemográficos como la evolución en la enfermedad, los años de diagnóstico y cronicidad, puede estar influyendo en que haya una limitación a la hora de obtener una mejoría más significativa en las funciones cognitivas y otras áreas.

Al haber pasado tan sólo 3 meses de diferencia entre la aplicación de la primera y segunda medida, cabe la posibilidad de pensar que los participantes hayan obtenido una puntuación mayor en los instrumentos WCST y RBMT, de la segunda medida realizada, debido a haber aprendido y recordado los cuestionarios y pruebas, alterando este efecto los resultados reales de la segunda medida.

Otra de las limitaciones es la no utilización de grupo control al estudio, para poder diferenciar el efecto de la intervención de los efectos de otras circunstancias.

No se ha valorado la persistencia de los cambios encontrados en el tiempo, aunque es un objetivo que aún es realizable y además, está planeado para ser llevado a cabo a partir de febrero de 2018.



Referencias

- Balanza-Martínez, V., Tabares-Seisdedos, R. y Selva-Vera, G. (2005). Persistent cognitive dysfunctions in bipolar I disorder and schizophrenic patients: a 3-year follow-up study. *Psychotherapy Psychosomatics*, 74, 113-9.
- Bleuler, E. (1961). Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires Hormé.
- Butler, M., Retzlaff, P. y Vanderploeg, ED. (1991). Neuropsychological battery choice and theoretical orientation: a multivariate analysis. *Journal of Clinical Psychology*, Sep; Vol 48(5): 666-672.
- Calev, A. (1999). Neuropsychology of Schizophrenia and related disorders. En Calev A (ed). *Assesment of Neuropsychological Functions in Psychiatric Disorders*. Washington (DC): *American Psychiatric Press*, 33-66.
- Crow, T.J. (1980). "Molecular pathology of schizophrenia; more than one disease process?". *British Medical Journal* 280 (6207): 66-68.
- Feea, R., Bowie, CR. y Harvery, P.D. (2009). Determinants of everyday outcomes in schizophrenia: The influences of cognitive impairment, functional capacity, and symptoms. *Schizophrenia Research*, 115, 82-87.
- Friedman, D. y Squires-Wheeler, E. (1994). Event related potentials (ERPs) as indicators of risk for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 20, 63-74.
- Gold, J. y Harvey, P. (1993). Cognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 16, 295-312.

- Green, MF. (1998). The Scope of Neurocognitive Deficits in Schizophrenia. En: Green MF (ed). Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective. *Probing the Impenetrable Darkness*. 41-60.
- Hoff, A., Sakuma, M., Wieneke, M., Horon, R., Kushner, M. y De Lisi, L. (1999). Longitudinal Neuropsychological Follow- Up study os patients with first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1336-1341.
- Jeste, D.V., Galasko, D., Corey-Bloom, J., Walens, S. y Granholm, E. (1996). Neuropsychiatric Aspects of the Schizophrenias. En: Fogel BS, Schiffer RB, Rao SM (ed). *Neuropsychiatry. USA: Williams & Wilkins* 325-344.
- Lucas-Carrasco, R. (2011). The Who quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*; Dordrecht Vol. 21, Iss. 1, (Feb 2012): 161-5.
- Más-expósito, L., Amador-campos, JA., Gómez-Benito, J., Lalucat, L.,(2011) Research Group on Severe Mental Disorder. *Quality of Life Research*; Dordrecht Vol. 20, Iss. 7, (Sep 2011): 1079-89.
- Navarro Ferragut, S.A. (2005). Entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos: Validación de un programa para pacientes crónicos. *Servei de publicacions de la Universitat de Valencia*, 87-96, 106.
- Nuechterlein, K.H. y Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin* 10: 300-311.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF.
- Overall, JE. y Gorham, D.R. (1962). The brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reportment* 10: 799- 812.

- Palacios, A. y Romañach, J. (2008). El modelo de la diversidad: Una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (Discapacidad). *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Vol2. (2) 2008, 37-47.
- Rakitzi, S., Georgila P., Efthimiou, K., Mueller, D.(2016). *Psychiatry Research* Vol. 242, (Aug 30, 2016): 137-143.
- Roder, V. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona, Ariel psiquiatría.
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de Vida Independiente* 2015.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D. y Parker, G. (1989). The Life Skill Profile: A Measure Assessing Function and Disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 325-337.
- Ruiz, J.C., García-Ferrer, S. y Fuentes, I. (2007). Intellectual functioning and memory deficits in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 48 276– 282.
- Ruiz, J.C., García-Ferrer, S. y Fuentes, I. (2007). Social perception training in schizophrenia: A pilot study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 7, 1, 1-12.
- Schwartz, B.D., Livingston, J.E., Sautter, F., Nelson, A. y Winstead, D.K. (1990). Sustained Attention by Schizophrenics. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry VI (4)*: 169-176.
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología clínica*. Madrid: Triacastela.
- Tomás, P. (2009). Entrenamiento cognitivo en la esquizofrenia. Tesis Doctoral: *Universidad de Valencia*.

Wilson, B., Cockburn, J., Baddeley, A. y Hiorns, R. (1991). *The Rivermead Behavioral Memory Test: supplement two*. 2º ed. Bury St Edmunds: Thames Valley Test company.

Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C., y Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 25: 291-307.

Wykes, T. (2001). Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis cognitive remediation therapy?. *Clinical Psychology Review*, 21, No. 8, pp. 1227–1256.

Zimmer, M., Verissimo, A., Laitano, D., Ferreira, E.E. y Belmonte-de-Abreu, P. (2006). A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

