

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

MASTER DE PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA (2015/16)



Trabajo Fin de Máster

Rehabilitación cognitiva a un paciente diagnosticado de
esquizofrenia para mejorar el deterioro cognitivo.

Autor: Lucia Cornelia Ionescu

Tutores: María Dolores van-der Hofstadt Clavero

Carlos J. van-der Hofstadt Román

Resumen

En este trabajo se describen los resultados obtenidos tras realizar un programa de estimulación cognitiva que consiste en un total de 28 sesiones, 20 destinadas a la realización de ejercicios dirigidos a trabajar los déficits cognitivos que el paciente presenta y, las 8 restantes, enfocadas a evaluar el cambio obtenido. Estas sesiones se llevaron a cabo con un paciente, varón, de 27 años de edad, con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde hace 7 años y un deterioro cognitivo significativo que interfiere en su funcionamiento diario. En cuanto al formato de la intervención, se utilizó un diseño de tipo A-B-A en el que se emplean, para la evaluación del paciente, el Test Barcelona Abreviado y el Examen Cognoscitivo Mini-Mental antes y después de la intervención. La intervención terapéutica se llevó a cabo en un ambiente artificial y estructurado en el espacio y tiempo, enfocando el contenido de la misma a las necesidades que se detectan en el paciente. Mediante esta intervención se trabajan varios aspectos cognitivos como, la memoria, la percepción, las funciones ejecutivas, otorgando especial importancia al déficit atencional. Tras la intervención realizada se observa un incremento en las puntuaciones obtenidas y una mejoría notoria a nivel observacional contrastada desde múltiples fuentes de información. La mejora se atribuye tanto a los efectos de la intervención neuropsicológica realizada como a los efectos del tratamiento farmacológico.

**Palabras clave:* experimento de caso único, estimulación cognitiva, esquizofrenia

Cognitive rehabilitation to a patient diagnosed with schizophrenia to improve patient cognitive impairment.

Abstract

In this paper the results obtained are described after conducting a cognitive stimulation program consisting of a total of 28 sessions, 20 aimed at conducting exercises aimed at working the cognitive deficits that the patient has and the remaining 8, focused on evaluating the change obtained. These sessions were conducted with a patient, male, 27 years old, with a diagnosis of paranoid schizophrenia for 7 years and a significant cognitive impairment that interferes with daily functioning. In regard to the format of the intervention, was used a design of type A-B-A in which they are used for the assessment of the patient, the Barcelona Test Shortcuts, and the Cognitive Mini-Mental Review before and after the intervention. The therapeutic intervention was conducted in an artificial environment and structured in space and time, focusing on the content of the needs that are detected in the patient. By this procedure several cognitive aspects, memory, perception, executive functions, with special emphasis on ADHD are working. After the intervention made an increase in scores and a significant improvement in observational level contrasted viewed from multiple sources. The improvement is attributed to the effects of neuropsychological intervention performed and the effects of drug therapy.

**Key words:* single-case experiment, cognitive stimulation, schizophrenia

Introducción

El concepto de “esquizofrenia” fue acuñado por primera vez por Eugen Bleuler en 1911 y, actualmente, es un trastorno incluido en el capítulo del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-V. Supone la alteración de la percepción, el pensamiento, los afectos y la conducta (Ruiz-Iriondo, Salaberria y Echeburúa, 2013). La incidencia de este trastorno es de 1,9 personas por cada 10.000. La edad media de aparición se sitúa alrededor de los 26 años siendo significativamente más alta en mujeres que en hombres (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente, 2009).

La sintomatología de la esquizofrenia se divide en dos grandes categorías de síntomas: síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento extravagante y trastornos formales del pensamiento de tipo positivo) y síntomas negativos (afecto embotado, alogia, abulia-apatía, anhedonia-insociabilidad, atención) (Belloch, Sandín y Ramos, 2009).

Puesto que cada persona presenta diferencias con respecto a su pronóstico y evolución, en el proceso de enfermedad mental de la esquizofrenia, se establecen una serie de fases en función de los síntomas que las caracterizan. La fase prodrómica se caracteriza por sintomatología inespecífica; la fase aguda por síntomas floridos y positivos; el “periodo crítico” por síntomas de moderados a graves; la fase subcrónica por numerosas recaídas y, la fase crónica por varias recaídas, severas dificultades en retomar las actividades previas a la enfermedad y predominio de síntomas negativos (Ruiz-Iriondo et al., 2013).

En la esquizofrenia se evidencia la existencia de varios déficits en los procesos cognitivos implicados en el procesamiento de la información. Los signos indican un

desajuste en el funcionamiento atencional, presentando las personas con esquizofrenia dificultades para separar los estímulos relevantes de los que no lo son. Asimismo, estos pacientes presentan déficits mnésicos, reducción de la capacidad de comprensión de situaciones sociales e interpersonales, disminución de la flexibilidad cognitiva así como la capacidad de aprendizaje. Por último, presentan dificultades en tareas ejecutivas (tareas de coordinación o integración general) siendo la flexibilidad, la planificación de tareas y memoria de trabajo, funciones propias de la misma (Pastor, Blanco y Navarro, 2010). No obstante, de entre éstas, el déficit atencional tiene una relevancia especial; es la base para un correcto funcionamiento de otras capacidades más complejas como la memoria o el pensamiento abstracto. Asimismo, las quejas de los pacientes con esquizofrenia hacen referencia a la dificultad que tienen para focalizar la atención, concentrarse, integrar información nueva y seguir una conversación (López Luengo, 1997).

Sintetizando lo anteriormente dicho, cabe destacar el siguiente conjunto de déficits neuropsicológicos:

-Percepción: procesamiento más lento en momentos iniciales de codificación, dificultades en procesos de reconocimiento automático y una percepción general desorganizada.

-Atención: respuesta de orientación inicial enlentecida, capacidad de aprehensión reducida y dificultades en tareas que requieren atención.

-Memoria: rendimiento pobre en tareas de recuerdo mejorando éste si el material es altamente afectivo.

-Pensamiento: dificultades de abstracción, errores atribucionales y procesos erróneos en la secuencia de pensamientos.

Desde la perspectiva de la rehabilitación cognitiva, es indiscutible la existencia de un déficit cognitivo en personas con esquizofrenia, que tiene consecuencias a nivel cognitivo, social y laboral y además, existe la posibilidad de modificar estos déficits mediante estimulación cognitiva específica (Abadías, Chesa, Izquierdo, Fernández y Montserrat Sitjas, 2003). La rehabilitación cognitiva es un método reciente en salud mental y, a pesar de que se asocia únicamente con la aplicación de programas de ejercicios, sigue una serie de pautas que incrementan su efectividad. Las pautas fundamentales que la describen consisten en una evaluación previa que será la base de la posterior intervención, a su vez fundamentada en una teoría que permita entender el déficit cognitivo (Pastor, Blanco y Navarro, 2010). Dentro de las posibles alternativas terapéuticas existentes en la rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia, los programas multifunción que cuentan con mayor apoyo empírico son: Terapia Cognitiva de Remediación (CRT), Terapia Psicológica Integrada (IPT) y Terapia de Mejora Cognitiva (CET) (De La Higuera Romera y Sagastagoitia Ruiz, 2006).

Finalmente, dado que las capacidades neurocognitivas determinan el ajuste comunitario del sujeto (Vargas, 2004), y se sabe que el cerebro posee capacidad de recuperación funcional mediante tareas de aprendizaje específicas (De La Higuera Romera y Sagastagoitia Ruiz, 2006), mediante este trabajo se pretende estimular las áreas cognitivas afectadas con la finalidad de reducir el déficit cognitivo que el paciente presenta.

Método

a) Participantes

Este trabajo consiste en un estudio de caso único, en un varón, de 27 años de edad, diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde hace 7 años, ingresado

actualmente en el centro socio-asistencial Dr. Esquerdo. El objetivo de este trabajo es conocer el efecto que tiene la aplicación de la estimulación cognitiva en distintas áreas cognitivas afectadas tales como atención, percepción, memoria y funciones ejecutivas, centrándose especialmente en el déficit atencional.

a). Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia

Alex es un chico de 27 años, diagnosticado de Esquizofrenia el 11.2.2009, a los 20 años de edad. Ingresó en la “Unidad Polivalente” del Dr. Esquerdo de forma involuntaria el 11.6.2014 con el fin de mejorar habilidades sociales, recuperación de hábitos básicos y adquisición de conciencia de enfermedad. A lo largo de su estancia en el centro se ha mostrado confuso, agitado en ocasiones, temeroso y desconfiado.

Alex nació en el año 1988 y tuvo sufrimiento durante el parto. Hasta los 5 años de edad recibió estimulación precoz (logopedia) puesto que el TAC craneal reflejaba una discreta atrofia cortical y aumento de la fisura de Silvio e interhemisférica. Con 5 años de edad se le somete a pruebas de neuroimagen y EEG, cuyos resultados evidencian normalidad. A los 16-17 años, Alex era un estudiante de notables y tenía pareja. Es en esta época de su vida cuando inicia el consumo de cannabis.

A los 19 años, comienza la carrera de periodismo mientras trabaja a tiempo parcial en el aeropuerto. A su vez, debido a una serie de factores estresantes, Alex inicia problemas comportamentales como coger la moto sin carnet o desaparecer los fines de semana. Tras una evaluación psicológica se constata no presencia de patología.

En enero 2009, a los 20 años, su enfermedad debuta tras un viaje a Madrid junto a un grupo de amigos. Volvió aterrorizado diciendo que le querían pegar y que la televisión le hablaba. El inicio de su enfermedad coincide con una serie de factores estresantes como: el consumo crónico y elevado de cannabis, separación de la novia,

salida del hermano de casa, enfermedad del padre, inicio de la vida laboral y universitaria, accidente de coche, conducción de vehículos sin carné. A finales del 2009, Alex mostraba desorientación parcial, contacto psicótico, bradipsiquia, baja expresividad y bloqueo. En mayo del 2010, renuncia voluntariamente al trabajo y abandona la carrera de periodismo en el 2º año. A finales de ese mismo mes, se niega a tomar el tratamiento durante 15 días que como consecuencia conlleva dos noches sin dormir, mostrándose intranquilo, irritable y desconfiado.

En febrero del 2012, hay empeoramiento de la sintomatología positiva (presencia de delirios y alucinaciones), alteración del comportamiento especialmente en el medio familiar, volviéndose el paciente muy dependiente de su familia en tareas cotidianas. En febrero del 2013, ingresa en la UHP a través de urgencias desde el CSM mostrándose desorientado, poco colaborador, contacto perplejo, lenguaje inhibido, ideación delirante de perjuicio, etc. En ese momento se suspende el tratamiento con Risperidona, Aripiprazol y Queatipina y se inicia tratamiento con Clozapina y Clonazepam, tras el cual Alex presenta una leve mejoría de los síntomas.

En junio de 2014, ingresa en el Dr. Esquerdo de forma involuntaria, requiriéndose el uso de la sujeción mecánica debido a su estado mental. A lo largo de su ingreso, Alex se muestra cambiante, presentando días que indican una leve mejoría y otros en los que se encuentra especialmente intranquilo, con un lenguaje no fluido, contestaciones breves e inexpresividad afectiva así como dificultad para el control de esfínteres. No obstante, las observaciones del equipo multidisciplinar parecen indicar una mejor adecuación al entorno con cierta estabilidad afectiva y conductual con respecto al punto de partida. Inicialmente Alex, no reconocía al personal sanitario de manera adecuada y actualmente parece que lo está consiguiendo. Asimismo, actualmente muestra una actitud de tranquilidad y conformismo al volver de los pases mostrándose colaborador, abordable

y, mayoritariamente participativo en las actividades que realiza, observándose una mejoría global notoria en el paciente.

b). Variables e Instrumentos

El procedimiento de evaluación consiste en realizar una evaluación previa y posterior a las sesiones de rehabilitación cognitiva mediante el Test Barcelona Abreviado, dadas las características peculiares del paciente, y el empleo del Examen Cognoscitivo Mini-mental en tres ocasiones distribuidas en el tiempo, tanto durante la intervención como al inicio de su ingreso. La finalidad de una evaluación pre-post es obtener una visión objetiva de los resultados logrados. Las características de cada prueba aparecen descritas a continuación:

1.-Test Barcelona Abreviado (TB-A) se puede clasificar como un test intermedio, con un tiempo de administración de 45 minutos posicionándose entre los test breves y las baterías extensas. Consta de 41 subtest que incluye 55 subpruebas que miden: lenguaje, orientación, dígitos directos e inversos, series verbales y control mental, repetición, denominación de imágenes, evocación categorial (animales), comprensión verbal, lectura, escritura, praxis (ideomotora, melocinética y visuoconstructiva), funciones visuoperceptivas, memoria verbal de textos, memoria visual, problemas aritméticos, semejanzas, clave de números y cubos (Quintana Aparicio, 2009). En cuanto a las puntuaciones, se consideran de 2 tipos: dicotómicas (correcto e incorrecto) y en las que se valora el tiempo de ejecución. A partir de una puntuación global bruta que se corrige teniendo en cuenta las variables edad y escolaridad obteniendo así una puntuación global normalizada que indica el grado de deterioro cognitivo. En la tabla 1 se presenta la ficha técnica de la prueba.

Nombre	Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica-Barcelona. PIEN-BARCELONA o test Barcelona
Autor	Jordi Peña-Casanova
Bases teóricas	Neolurialismo
Forma de aplicación	Individual
Métodos de examen	Convencional
Duración	45 aproximadamente
Normas de puntuación	Específicas para cada subtest
Edad de aplicación	A partir de 20 años
Significación	Valoración neuropsicológica general

Tabla 1. Ficha técnica del Test Barcelona Abreviado

2.- Examen del Estado Mental (MMSE- Mini-Mental State Examínation; Foistein, Foistein y McHugh, 1975; Tolosa, Allom y Forcadelí, 1987)

El objetivo de esta prueba es conocer el estado cognitivo en el que se encuentra la persona en el momento de la evaluación. Consta de cinco apartados: orientación temporo-espacial, memoria inmediata (repetir tres palabras), capacidad atencional y de cálculo (contar o deletrear hacia atrás), memoria demorada y lenguaje (nombrar objetos).

La puntuación máxima del test es 30 puntos. El resultado se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Cada ítem se valora con un 1 o 0 según la ejecución sea correcta o incorrecta. Puntuaciones menores de 24 indican un deterioro cognitivo leve, y puntuaciones menores de 15 sugieren la presencia de demencia severa.

En base a estas pruebas psicológicas, se plantea la necesidad de realizar un programa de estimulación cognitiva con la finalidad reducir el déficit cognitivo manifiesto a través de las puntuaciones obtenidas. La intervención consiste en 20 sesiones de rehabilitación cognitiva, llevadas a cabo con una frecuencia de 2 veces por

semana durante un periodo de tiempo de 3 meses y medio y, 8 sesiones de evaluación pre-post a la intervención. El número, la duración y el contenido de las sesiones de estimulación cognitiva quedan expuestos a continuación en la tabla 2:

Sesión	Actividad	Duración/ minutos
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asociar las frases que se le presentan con la estación del año correspondiente. Escribir debajo de cada imagen la estación del año que le corresponda. 2. Memorizar una serie de dibujos mediante la formación de frases. Subrayar, de entre un grupo de palabras, los dibujos anteriormente memorizados. 3. Escribir hora, día de la semana y mes, mes, año y estación de año. Leer una noticia y hacer un resumen de la misma. Sumar de 2 en 2 a partir de 29 hasta llegar a 107. Realizar un dibujo sencillo. 4. Observar una serie de imágenes para posteriormente copiarlas. 	25
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poner día de la semana y mes, mes y año y marcar la hora dentro del dibujo de un reloj. Escribir palabras que comiencen por la letra T. Tachar todas las S del texto que se le presenta y contarlas y anotar el total. Dibujar un ramo de flores. 2. Leer un grupo de palabras y señalar la palabra diferente a las demás. Justificar el por qué no corresponde a dicha categoría. 3. Sopa de letra de nombres de profesiones (está en adrformación.com). 4. Realizar una serie de multiplicaciones. 	20
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completar las palabras con la letra que falta. 2. Escribir los números que se le presentan de forma inversa. 3. Poner día de la semana y mes, mes y año y marcar la hora dentro del dibujo de un reloj. Escribir palabras que comiencen por AR. Tachar todas las W del texto, contarlas y anotar el total. Dibujar un tambor. 4. Sopa de letra de prendas de vestir (está en www.pekegifs.com) 	20
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memorizar una serie de palabras mediante la formación de frases. Subrayar, de entre un grupo de palabras, las palabras leídas anteriormente. 2. Observar unas imágenes que se encuentran superpuestas, distinguir los diferentes objetos y contestar a una serie de preguntas. 3. Juntar con una línea las palabras relacionadas entre sí. 4. Poner día de la semana y mes, mes y año y marcar la hora dentro del dibujo de un reloj. Escribir objetos que se pueden encontrar en el salón de casa. Tachar todas las X del texto, contarlas y anotar el total. Dibujar un sombrero de copa. 	15
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formar 3 frases con cada grupo de palabras (ventana y maceta; buzón y calle; playa y pala). 2. Escribir, a los 20 años, cómo vestía y qué tipo de música solía escuchar, así como, todo lo que recuerde en relación a vestimenta y tipo de música. 3. Poner día de la semana y mes, mes y año y marcar la hora dentro del dibujo de un reloj. Escribir nombres de ciudades de España. Tachar todas las T del texto, contarlas y anotar el total. Dibujar un envase de leche. 4. Sopa de letras de animales del bosque (está en adrformación.com) 	17

- 6** 1. Leer un grupo de palabras y señalar la palabra diferente a las demás. Justificar el por qué no corresponde a dicha categoría. **20**
2. Poner día de la semana y mes, mes y año y marcar la hora dentro del dibujo de un reloj. Escribir nombres de alimentos que pueden estar en conserva. Tachar todas las J del texto, contarlas y anotar el total. Dibujar un envase de un pájaro.
3. Escribir el significado de estas palabras las palabras: ambición, cachorro, temerario, desdén, papiro, yunta, escabel (si no lo recuerda, puede mirar el diccionario). Formar palabras con las letras que conforman la palabra A - M - A - R - I - L - L - E - N - T - O.
4. Realizar sumas y restas.
- 7** 1. Poner día de la semana y mes, mes y año y, marcar la hora dentro del dibujo de un reloj. Copiar una noticia. Señalar las letras S del texto que se le presenta, contarlas fila por fila hacer la suma total. **15**
2. Escribir 12 nombres de colores.
3. Poner debajo de cada letra P ponga un 2. Al finalizar, se realiza la suma total.
4. Observe el dibujo y copiarlo en el recuadro de la derecha.
- 8** 1. Poner día de la semana y mes, mes y año y, marcar la hora dentro del dibujo de un reloj. Copiar una noticia. Señalar las letras E del texto que se le presenta, contarlas fila por fila hacer la suma total. **18**
2. Escribir 12 nombres de objetos de madera. Escribir desde el 59 hacia arriba de 2 en 2 hasta el 197.
3. Debajo del “corazón” poner un 1 y debajo del “trébol” poner un 2. Sumar las puntuaciones para cada figura.
4. Enlazar con una línea todos los números que aparecen mezclados de menor a mayor.
- 9** 1. Poner día de la semana y mes, mes y año y, marcar la hora dentro del dibujo de un reloj. Copiar una noticia del periódico o de una revista. **15**
2. Contar el número de letras A señaladas por línea y escríbalo. Realizar la suma total.
3. Escribir 12 palabras que empiecen por la letra Realizar la suma y resta que se le presentan.
4. Observe y copiar el dibujo de una casa en el recuadro de la derecha.
- 10** 1. Poner día de la semana y mes, mes y año y, marcar la hora dentro del dibujo de un reloj. Copiar una noticia del periódico o de una revista. **14**
2. Señalar todas las letras I que aparezcan en el recuadro. Contar el número de letras I señaladas por línea y escríbalo.
3. Escribir 12 nombres de platos de comida.
4. Escribir desde el 12 hacia arriba, de 4 en 4, hasta el 152. Dibujar una mariposa.
- 11** 1. Leer y resumir una noticia positiva. Si resulta muy complicado puede copiarla. **23**
2. Escribir 16 palabras que empiecen por la sílaba PA. Leer un texto, tachar todas las letras A y contarlas fila por fila.
3. Poner un 1 debajo de la moneda de 20 céntimos y un 2 debajo de la moneda de 5 céntimos. Realizar la suma por filas y después el total de todas las filas.
4. Unir con flechas una serie de frases para formar refranes correctos. Escribir cuatro refranes diferentes.
- 12** 1. Escribir un deseo que se pueda cumplir próximamente y por qué elige ese deseo. **20**

2. Clasificar palabras gardenia, rojo, margarita, verde, morado, hortensia, azul y clavel uno de los dos apartados (Flores o Colores).
3. Tachar todos los números 6 que aparecen en el recuadro y contarlas.
4. Observe con detenimiento una imagen y contestar una serie de preguntas acerca de lo que hay en la imagen. Sopa de letras
- 13** 1. Clasificar las palabras que se le presentan en 4 grupos según pertenezcan a partes del cuerpo, herramientas, medios de transporte o frutas. **13**
2. Escribir cinco palabras para cada una de las siguientes categorías (flores, animales, países, prendas de vestir).
3. Escribir los días de la semana hasta completar todas las líneas.
4. Leer el siguiente texto y tachar todas las letras E que aparecen en él. Sumar las letras encontradas y anotar el total. Sopa de letras
- 14** 1. Leer el texto en voz alta y con atención para luego recordarlo. **17**
2. Encontrar 10 nombres de árboles en la siguiente sopa de letras.
3. Escribir en la línea inferior cómo se llaman estos objetos.
4. Imaginarse un coche (el color, la forma, el tamaño...) y dibujarlo.
- 15** 1. Leer una noticia positiva del periódico o de una revista y escribir un resumen. Si le cuesta trabajo la puede copiar. **17**
2. Escribir 16 palabras que empiecen por la sílaba AL.
3. Tachar todos los números 8 que aparecen en el recuadro, contarlos y anotar la suma total.
4. Fijarse en el primer grupo de letras de cada línea y rodear con un círculo el que se repite en la misma línea.
- 16** 1. Observar durante dos minutos estas caras y sus respectivos nombres. Contestar las preguntas que hay al respecto y recordar los nombres fijándose en las caras. **17**
2. Poner un 1 debajo de la carita sonriente y un 2 debajo de la carita con la lengua sacada. Sumar el total de ambas caras.
3. Unir los números en orden, de menor a mayor (1-2-3-4...), y obtendrá la figura de un animal.
4. Tachar en el dibujo todas las estrellas de 5 puntas que vea.
- 17** 1. Escribir una anécdota **20**
2. Escribir 16 palabras que empiecen por T. Tachar todas las letras S del texto.
3. Asociar frases con las distintas estaciones del año
4. Escoger dos objetos sencillos que se encuentren alrededor y dibujarlos. Sopa de letras
- 18** 1. Juntar con una línea cada palabra con su correspondiente color. **20**
2. Recordar qué palabra se asociaba con cada color y complete las frases que se le presentan.
3. Observar con detenimiento la imagen, decir las cosas que aparecen en ella voz alta y responder a una serie de preguntas.
4. Escribir el abecedario en orden directo.
- 19** 1. Tachar todas las letras b que encuentre en la siguiente tabla, sumar el resultado de todas las filas y anote el resultado en el recuadro TOTAL. **20**
2. Lea las siguientes palabras en voz alta y con atención y formar frases con las mismas.
3. En el grupo de palabras que aparecen, señalar las palabras que recuerde del primer ejercicio.
4. Poner un 1 debajo de los ANIMALES, un 2 debajo de las PLANTAS y un 3 debajo del resto de OBJETOS. Sumar los resultados

de cada fila.

- | | | |
|-----------|---|-----------|
| 20 | <ol style="list-style-type: none">1. Lea las siguientes palabras en voz alta y con atención y formar frases con las mismas.2. Identificar las palabras que correspondan a los dibujos que vistos anteriormente.3. Escribir el significado las palabras abordar, dilucidar, envite, claustrofobia, yugo, pugna, vanagloriar, órbita, onomatopeya, amonestación.4. Escribir en la línea inferior qué representan los dibujos que aparecen. | 15 |
|-----------|---|-----------|
-

Tabla 2. Número, contenido y duración de la intervención.

c).Procedimiento

La intervención se llevó a cabo en un ambiente artificial, en el centro social-asistencial Dr.Esquerdo, expresamente en la Unidad Polivalente en el despacho de la psicóloga, actuando como agente de la intervención una chica graduada en Psicología.

En lo que refiere los factores relacionados con la terapeuta, se intentó fomentar la adhesión a la intervención y la alianza terapéutica mediante el uso del feedback acerca de la ejecución, reforzamiento verbal, adaptación del contenido de algunos ejercicios teniendo en cuenta los gustos e intereses del paciente.

Inicialmente, se decidió realizar con el paciente una serie de ejercicios de estimulación cognitiva habiéndole evaluado previamente con un Mini-Mental State Examination. Se realizaron 26 sesiones de estimulación cognitiva con una frecuencia aproximada de 2 veces por semana durante 5 meses y se decidió volver a evaluar mediante el Mini-Mental State Examination incluyendo, además, el Test Barcelona Abreviado para mayor especificidad y objetividad. A partir de este momento, la estimulación cognitiva, se llevó a cabo con una frecuencia de dos veces por semana durante un periodo de tiempo de tres meses y medio, realizando una evaluación estandarizada previa y posterior mediante el Test Barcelona Abreviado y el Mini-Mental State Examination. A partir de este momento, la intervención se centró en la realización de 28 sesiones individuales, 20 destinadas a la realización de ejercicios y 8 dedicadas a la evaluación pre-post. Las sesiones se llevaron a cabo en un espacio

tranquilo y estructurado para evitar posibles distracciones, en las cuales el paciente realizaba, con la ayuda de la psicóloga, una serie de ejercicios extraídos de los cuadernos de estimulación cognitiva elaborados por los profesionales del Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo que pertenece al Instituto de Salud Pública de Madrid Salud.

d). Tipo de diseño

Se utilizó un diseño de tipo A-B-A, realizando una evaluación psicológica previa a la intervención y otra a posteriori de la misma, permitiendo la valoración objetiva de los efectos de la intervención llevada a cabo.

Resultados

En la tabla 3, aparecen reflejadas las puntuaciones escalares obtenidas a través de las puntuaciones directas que el paciente obtuvo en cada uno de los 41 subtest, a su vez divididos en 55 ítems. Asimismo, en algunas subpruebas se incluye, el tiempo de ejecución, que nos proporciona información acerca de un posible enlentecimiento del pensamiento. Cada puntuación directa se convierte a una escala categórica donde 0 equivale a un rendimiento bajo, 1 es igual a un rendimiento medio y 2 se iguala a un rendimiento alto. A raíz estas puntuaciones, se realiza el sumatorio de las mismas dando lugar a una puntuación total bruta. En la evaluación inicial, el paciente obtiene una puntuación total bruta equivalente a 46 sobre una puntuación máxima posible de 110. Esta puntuación bruta equivale a una puntuación global normalizada de 67 la cual indica que este paciente posee, según su edad y nivel de escolaridad (<50 años y más de 12 años de escolaridad), un deterioro cognitivo muy deficitario observándose a continuación su puntuación normalizada convertida a percentiles, puntuación z, puntuación T y descripción cualitativa.

Ítems

Puntuación escalar
(Evaluación pre)

PD pre/post

Puntuación escalar
(Evaluación post)



Fluencia y gramática	1	9/8	0
Contenido informativo	1	9/8	0
Orientación en persona	1	6/6	1
Orientación en espacio	0	1/3	0
Orientación en tiempo	1	22/22	1
Dígitos directos	0	5/7	1
Dígitos inversos	0	2/4	1
Series en orden directo	2	3/3	2
Series en orden directo	1	5/5	1
T			
Series en orden inverso	2	3/2	1
Series en orden inverso	1	4/4	1
T			
Repetición de logotomos	2	8/8	2
Repetición de palabras	2	10/10	2
Denominación de imágenes	2	14/14	2
Denominación de imágenes T	2	42/42	2
Respuesta denominando	2	6/6	2
Respuesta denominando T	2	18/18	2
Evocación categorial	0	8/11	1
Comprensión de ejecución de órdenes	0	9/11	0
Material verbal complejo	0	6/7	0
Material verbal complejo T	0	16/21	0
Lectura de logotomos	2	6/6	2
Lectura de logotomos T	2	18/18	2
Lectura de texto	2	56/56	2
Comprensión de logotomos	1	5/6	2
Comprensión de logotomos T	1	15/18	2
Comprensión de frases y textos	2	8/8	2
Comprensión de frases y textos T	2	24/24	2
Mecánica de la escritura(D-I)	0	3/3	3
Dictado de logotomos	1	5/5	1
Dictado de logotomos	1	15/15	1
T			
Denominación escrita	2	6/6	2
Denominación escrita T	2	18/18	2
Gesto simbólico-orden (D)	0	6/8	0
Gesto simbólico-orden (I)	0	6/10	2
Gesto simbólico-imitación (D)	0	7/10	2
Gesto simbólico-imitación (I)	0	8/10	2
Imitación de posturas (bilateral)	0	6/8	2
Secuencias de posturas	1	7/8	2

(D)			
Secuencias de posturas	0	4/5	0
(I)			
Praxis constructiva gráfica-copia	0	11/12	0
Praxis constructiva gráfica-copia T	1	29/30	1
Imágenes superpuestas	0	10/9	0
Imágenes superpuestas T	0	10/9	0
Memoria de textos inmediata (evocación)	0	3/4	0
Memoria de textos inmediata (preguntas)	0	3/7	0
Memoria de textos diferida (evocación)	0	1.5/4	0
Memoria de textos diferida (preguntas)	0	3/4	0
Memoria visual de reproducción diferida	0	4/5	0
Problemas aritméticos	0	1/1	0
Problemas aritméticos T	0	2/2	0
Semejanzas-abstracción	2	8/8	2
Clave de números	2	29/38	2
Cubos	0	1/1	0
Cubos T	0	3/3	0
Puntuación total bruta	46		58
Puntuación total normalizada	67		70

Tabla 3. Resultados TB-A Evaluación pre-post.

En la tabla 4 aparecen las puntuaciones normalizadas obtenidas en la evaluación previa, siendo el percentil igual a 0 y la desviación típica ligeramente mayor que en la evaluación posterior, hecho que indica un nivel de deterioro cognitivo inicial mayor que el funcionamiento cognitivo posterior a la intervención.

Derivada CI	Percentil	Puntuación z	Puntuación T	Descripción
Barcelona	(redondeo)			cuantitativa
69-61	1.92 (2)-0,47(0)	-2,73...-3,3	29,33-24	Muy deficitario

Tabla 4. Puntuaciones normalizadas de la Evaluación Previa del Test Barcelona

Abreviado (derivadas CI) a percentiles, puntuaciones z y descripciones cualitativas

Por otro lado, se puede observar un incremento en las puntuaciones brutas y normalizadas obtenidas por el paciente en el TB-A, tras la intervención realizada. No obstante, a pesar de que la puntuación es mayor en comparación con la línea base, sigue situándose en un nivel muy deficitario. A continuación, se observa la puntuación normalizada convertida a percentiles, puntuación z, puntuación T y descripción cualitativa.

En la tabla 5 se observa que el paciente se sitúa en un percentil igual 2 considerándose éste patológico, y una desviación típica de 2 por debajo de la población normal, indicando estos datos un funcionamiento cognitivo muy deficitario.

Derivada CI	Percentil	Puntuación z	Puntuación T	Descripción
Barcelona	(redondeo)			cualitativa
70	2.29 (2)	-2,0	30	Muy deficitario

TABLA 5. Puntuaciones normalizadas de la Evaluación Post del Test Barcelona Abreviado (derivadas CI) a percentiles, puntuaciones z y descripciones cualitativas

En cuanto a las capacidades cognitivas conservadas, éstas pueden inferirse a través de las puntuaciones obtenidas en las subpruebas en la que, el paciente consigue una puntuación normal. Obtiene puntuaciones normales y/o máximas, en la evaluación pre-post, en las subpruebas de orientación temporal (atención, conciencia y memoria), series directas e inversas (lenguaje automático y control mental), repetición verbal (los componentes expresivos receptivos del lenguaje), denominación visuoverbal (reconocimiento de los objetos vistos), denominación verboverbal (denominación y una comprensión verbal normal) , lectura-verbalización (examina la vía fonológica indirecta), dictado (capacidad de transportación auditivo-gráfica) y escritura espontánea

(capacidad de planificación y la producción activa a partir de estímulos externos definidos, en este caso, las imágenes).

En cuanto a la variable “Tiempo” incluida en algunas subpruebas, se observa que ésta no empeora el rendimiento del paciente sino que, en la mayoría de los ítems, el paciente obtiene puntuaciones iguales o más altas, traducidas en un mantenimiento del nivel de rendimiento o un ascenso del mismo. No obstante, en el subtest de Series directas e inversas sin y con tiempo, se observa lo contrario. En este último, el desempeño en la prueba se ve afectado por la valoración del tiempo de ejecución, observándose en éstas enlentecimiento con respecto a las prueba sin tiempo.

En la tabla 6, se muestran las subpruebas en las que el paciente obtiene puntuaciones por debajo de la puntuación normal o límite antes de la intervención. En estas subpruebas, las puntuaciones obtenidas por Alex, indican graves alteraciones en aspectos cognitivos como atención, memoria reciente, memoria verbal a corto plazo, entre otros, puesto que, el paciente puntúa por debajo del percentil 10, siendo consideradas estas puntuaciones patológicas. En cuanto a la fluencia lingüística y contenido informativo, en la evaluación previa, el paciente obtiene una puntuación de 9, que indica trastornos discretos en la evocación de palabras sin que aparezcan transformaciones afásicas siendo estos ocasionados por muchas alteraciones cerebrales. En la evaluación posterior, en estas subpruebas, obtiene una puntuación igual a 8 que indica el uso de la jerga semántica en la interacción conversacional, categorizada dentro de un lenguaje no fluente.

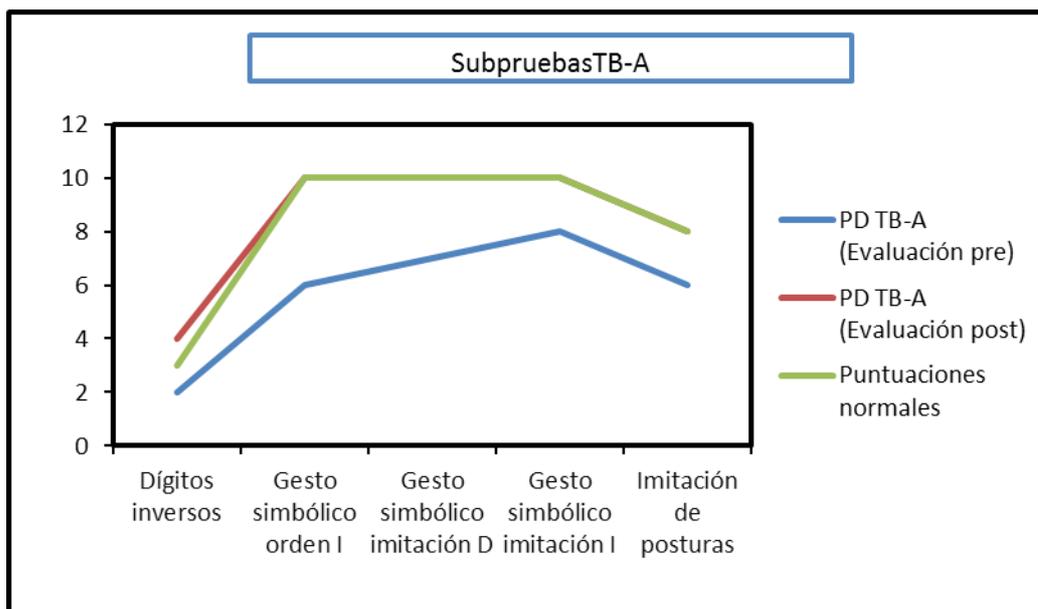
Subpruebas	Área cognitiva afectada	Puntuación directa normal o límite
Fluencia y gramática	--Diversas alteraciones cerebrales--	10
Contenido informativo	--Diversas alteraciones cerebrales--	10
Orientación en persona	Atención, conciencia, memoria	7

Orientación en espacio	Memoria reciente	6
Dígitos inversos	Atención	3
Evocación categorial	Memoria operativa	20
Comprensión-realización de órdenes	Memoria verbal a corto plazo y atención	16
Material verbal complejo	Memoria verbal a corto plazo y atención	9
Mecánica de la escritura	Transposición visuográfica.	5
Gesto simbólico imitación y orden (D-I)	Comprensión verbal	10
Imitación de posturas	Transposición visuomotora	8
Secuencias de posturas (D-I)	Coordinación recíproca	8
Praxis constructiva gráfica	Percepción y planificación	18
Imágenes superpuestas	Atención y concentración	19
Memoria verbal de textos	Comprensión verbal, repetición verbal	14
Memoria visual	Percepción, memoria visual y memoria	14
Problemas aritméticos	Atención, concentración y memoria inmediata	8-10
Abstracción verbal	Pensamiento abstracto	10-12
Clave de números	Atención visuográfica, la velocidad psicomotora, la persistencia en la actividad, la coordinación visuomotora	39
Cubos	Pensamiento constructivo	4* (<percentil 10)

Tabla 6. Áreas afectadas en base a la evaluación previa (<percentil 10)

Tras la intervención, el paciente obtiene puntuaciones normales en los subtest siguientes: Dígitos, Gesto simbólico imitación (D-I), Gestos simbólico orden (I) e Imitación de posturas. La mejoría queda reflejada en la figura 1 que aparece a continuación.

Figura 1. Mejoras significativas en algunos subtest



Los cambios más significativos obtenidos tras la intervención quedan reflejados en las puntuaciones directas de los tres subtest anteriormente descritos obteniendo el paciente en éstos puntuaciones normales. No obstante, a pesar de que el rendimiento del paciente sigue estando por debajo de lo esperado, se observan mejorías en otros subtest como orientación espacial, evocación categorial, comprensión de ejecución de órdenes, material verbal complejo, gesto simbólico-orden D, secuencias de posturas, praxis constructiva gráfica, memoria verbal de textos, memoria visual y clave de números. En resumen, de entre un total de 20 subtest donde el paciente manifiesta un rendimiento patológico, se consiguen puntuaciones normales en tres de los mismos, mejoría en diez de los mismo aunque no llegan a considerarse puntuaciones normales y, mantenimiento de un rendimiento pobre o levemente inferior a la línea base en los siete subtest restantes.

Los datos obtenidos en el Examen Cognoscitivo Mini Mental a fecha del 2.10.2015, que se presentan en la tabla 7, reflejan unos cambios positivos con respecto a las puntuaciones obtenidas en la evaluación realizada el 9.12.2014. Tras este periodo de

tiempo de 10 meses, se observa una importante mejoría en cuanto a la orientación en tiempo y espacio, así como en memoria demorada y lenguaje. En cuanto a las áreas conservadas, se observa que consigue las mismas puntuaciones en ambas administraciones (fijación, nominación, repetición, comprensión, escritura y dibujo). Referente a los aspectos cognitivos alterados, se encuentra la capacidad de atención y cálculo. La respuesta que presenta el paciente en los ítems que valoran atención y cálculo, parece señalar un posible déficit en la capacidad atencional más que una falta de capacidad de cálculo. En lo que respecta la evaluación posterior a la intervención realizada a fecha de 18.01.2016, el paciente obtiene la puntuación máxima en cada subapartado que conforma el examen cognoscitivo Mini-Mental. Por tanto, en base a las puntuaciones obtenidas en las tres evaluaciones realizadas mediante este screening, se observa una evolución importante que refleja una mejoría significativa.

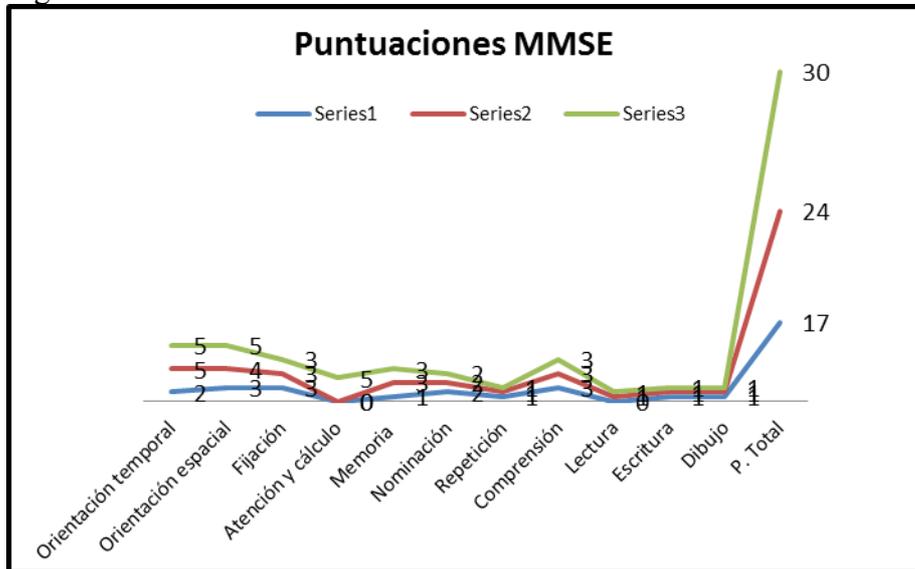
Apartados	Puntuaciones MMSE	Puntuaciones MMSE	MMSE
	(9.12.2014)	(2.10.2015)	(18.01.2016)
Orientación temporal	2	5	5
Orientación espacial	3	4	5
Fijación	3	3	3
Atención y cálculo	0	0	5
Memoria	1	3	3
Nominación	2	2	2
Repetición	1	1	1
Comprensión	3	3	3
Lectura	0	1	1
Escritura	1	1	1
Dibujo	1	1	1
P. Total	17	24	30

Tabla 7.Resultados MMSE

En la figura 2, aparece reflejada la evolución del paciente en las puntuaciones obtenidas mediante el pase del MMSE. Podemos observar que en la evaluación que se realiza al inicio de su ingreso obtiene una puntuación de 17 sobre un máximo de 30, en

la evaluación previa a la intervención terapéutica obtiene una puntuación de 24 y en la evaluación posterior consigue una puntuación máxima que equivale a 30.

Figura 2. Evolución MMSE



Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido reducir el deterioro cognitivo del paciente producido por la idiosincrasia de su patología. Puesto que, existe un escaso desarrollo en la investigación sobre la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia como consecuencia de una serie de motivos como: la sobrevaloración del efecto de la medicación antipsicótica, dudas acerca de si los déficits cognitivos pueden ser atenuados o recuperados, si la mejoría en las funciones deficitarias se puede generalizar a la conducta manifiesta entre otras, se ha planteado la necesidad de verificar la eficacia de la estimulación cognitiva en este tipo de colectivo (Cuesta, Peralta y Zarzuela, 2000).

Según la investigación llevada a cabo por Ojeda, Peña, Bengoetxea, García, Sánchez, Elizagárate, Segarra, Ezcurra, Gutiérrez-Fraile y Eguíluz (2012) con una muestra de 76 pacientes con esquizofrenia, donde se aplicó el programa de rehabilitación cognitiva REHACOP, centrándose en el entrenamiento en atención,

memoria, lenguaje, y funciones ejecutivas se observó mejoría a nivel global en las diferentes funciones cognitivas alteradas. Asimismo, un estudio llevado a cabo por Cavieres y Valdebenito (2005) con una muestra de 50 pacientes con esquizofrenia, pone de manifiesto la correlación existente entre el déficit cognitivo y los síntomas negativos reflejando los resultados que obtuvieron, una relación inversa entre el rendimiento de la memoria visual, concentración y función ejecutiva, y las puntuaciones en la escala de síntomas negativos SANS. Otro estudio llevado a cabo por Pardo (2005) recalca la influencia de aspectos cognitivos como la memoria verbal y atención sostenida en el funcionamiento adecuado en la comunidad, solución de problemas sociales y adquisición de habilidades sociales. Diferentes investigaciones acerca de la eficacia de la rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia de las cuales, una va destinada a un paciente con traumatismo craneoencefálico severo, llevadas a cabo por autores como Moragriega Górriz (2010), Chapi Mori (2011), Servat P.M., Lehmann S.Y., Harari A.K., Gajardo I. L. y Eva C.P. (2005), Castrillón, C. J., Henao A.E., Uribe P. C., Giraldo C. M. y Lopera R. F. (2009) enfatizan las mejoras cognitivas obtenidas a través de la rehabilitación cognitiva, ya sea a nivel global o específico.

Dado el escaso desarrollo de investigación con respecto a la eficacia de la rehabilitación cognitiva para reestablecer el funcionamiento cognitivo y/o reducir los déficits cognitivos de pacientes esquizofrénicos y, los resultados positivos que ponen de manifiesto investigaciones acerca de la misma, se decidió aplicar este tipo de intervención a una persona con un deterioro cognitivo importante. Para ello se estableció una línea base empleando la versión abreviada del Test Barcelona, dadas las dificultades de atención y comprensión del paciente. Además se utilizó una prueba de fácil aplicación como el Mini-Mental State para conocer, de una manera rápida aunque superficial, el grado de alteración cognitiva del mismo. Se comenzó a trabajar con el paciente de una forma aleatoria, sin grandes pretensiones, con la esperanza de que mejorara su estado

cognitivo y mantenerse activo. Tras varios meses de estimulación cognitiva, se decidió volver a evaluar mediante el MMSE y, además, incluir otra medida de evaluación más exhaustiva que proporcionara unos resultados exactos, eligiendo el Test Barcelona Abreviado para ello. A la hora de evaluar empleando esta batería de test, dificultades varias se dejaron entrever como, la rapidez e inquietud para finalizar la tarea que caracterizaba al paciente, la facilidad para distraerse, y la dificultad para concentrarse y/o comprender la demanda, además de las dificultades concernientes al déficit cognitivo que presenta.

A partir de la evaluación previa mediante el TB-A, se comenzó la intervención de una forma más estructurada, de una forma continua, en un lugar tranquilo, introduciendo material motivador para el paciente (por ejemplo: elegir una noticia o sopa de letras que haga referencia al deporte), facilitando la realización de tareas para casa durante las vacaciones de invierno, dando feedback al paciente y familiares acerca de su ejecución y evolución, facilitando la comprensión de los ejercicios mediante explicaciones repetidas y diversas y, generando métodos o estrategias de resolución de los mismos. Utilizando estas estrategias se logró impedir que el paciente abandonara los ejercicios antes de finalizarlos, potenciar la corrección de los posibles fallos y la persistencia en la realización de las actividades previstas y, conseguir que el paciente mostrara interés por la realización de los ejercicios. Durante las vacaciones de invierno, se decidió mandar tareas para casa con el fin de mantener y potenciar el cambio conseguido ya que el paciente cuenta con un apoyo familiar muy positivo.

Para el diseño del programa de estimulación cognitiva llevado a cabo, se seleccionaron ejercicios que estimularan las áreas cognitivas alteradas en el paciente. No obstante, cabe destacar la importancia de centrarse en un único aspecto cognitivo o trabajarlos todos de una manera integral. Puesto que la alteración atencional es uno de

los aspectos más estudiados en personas con esquizofrenia (Santiago, y Fuentes, 1999), se decidió trabajar varios aspectos cognitivos de forma simultánea, otorgando especial importancia y continuidad al déficit atencional. Además, a la hora de realizar los ejercicios se contaba con cierta flexibilidad tanto en el grado de dificultad de los mismos como en la cantidad de ejercicios a realizar, es decir, si se observaba que el paciente estaba tranquilo y motivado se añadía un ejercicio más o por el contrario, si se frustraba se sustituía un ejercicio por otro.

Tras la intervención llevada a cabo se observan mejoras que se consiguieron de una forma lenta y progresiva, pero muy importantes, dentro de lo que configura su patología. Los resultados del Test Barcelona Abreviado arrojan información objetiva acerca de las mejoras obtenidas en atención, comprensión verbal y transposición visuomotora, resultados que son visibles a nivel observacional en aspectos como comprensión de instrucciones por parte del paciente, en ocasiones sin necesidad de repetir la explicación, y mantenimiento de la atención en actividades más tediosas. Por otra parte, ha obtenido mejoras leves en otros aspectos cognitivos como memoria verbal y visual, memoria operativa, memoria verbal a corto plazo y atención, comprensión verbal, transposición visuomotora, percepción y planificación y atención visuográfica, la velocidad psicomotora, la persistencia en la actividad, la coordinación visuomotora. Además, los resultados a posteriori del TB-A están en concordancia con los resultados obtenidos en el MMSE donde, inicialmente, reflejaban un deterioro cognitivo leve con una puntuación equivalente a 17 obteniendo finalmente una puntuación máxima de 30.

Por tanto, en base a las pruebas realizadas, las observaciones realizadas por la psicóloga, las distintas opiniones del equipo multidisciplinar y los comentarios de los padres, se puede afirmar que Alex ha mejorado a nivel global, trascendiendo esa mejoría en su vida cotidiana fuera del centro, participando en actividades lúdicas como

ver una película junto a sus padres. Cabe destacar la necesidad de generalizar los cambios obtenidos a su vida cotidiana planteando la necesidad de intervenir en su ambiente natural, siempre teniendo en cuenta la evolución del paciente e interviniendo de una forma progresiva y cuidadosa. Por último, cabe destacar que las mejoras obtenidas se atribuyen, no sólo a la intervención terapéutica realizada, sino también al tratamiento farmacológico y la estabilización del mismo erradicando efectos secundarios como la enuresis y encopresis (Mendhekar y Duggal, 2007) y ([Mohamad Mehtar](#) y [Alp Uçok](#), 2007).

Referencias

- Abadías, M.E., Chesa, d., Izquierdo, E., Fernández, E., y Sitjas, M. (2003). Eficacia de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23, 92-102.
- Blanco de la Calle, A. (2010). El enfermo mental con discapacidades psicosociales. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 77-94). Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Cuesta, M. J., Peralta, V., y Zarzuela, A. (2000). Neuropsicología y esquizofrenia. *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 23, 51-62.
- Cavieres F.A. y Valdebenito V.M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena Neuropsiquiatría*, 43, 97-108.
- Chapi Mori. J. L (2011). Rendimiento neuropsicológico de personas con esquizofrenia pertenecientes a un programa de rehabilitación integral. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14,136-159.

- Carvajal-Castrillón., Henao A. E., Uribe P.C., Giraldo C.M. y Lopera R.F. (2009).
Rehabilitación cognitiva en un caso de alteraciones neuropsicológicas y
funcionales por traumatismo craneoencefálico severo. *Revista chilena
neuropsicología*, 4, 52-63.
- De La Higuera Romero, J., y Sagastagoitia Ruiz, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en
la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología*, 24,
245-266.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno
psicótico incipiente (2009). Ministerio de sanidad y consumo. Recuperado el 22
de enero de 2016 desde
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf
- Jiménez, M. P., Ramos, F., y Sanchís, M.C. (2009). Las esquizofrenias: Aspectos
clínicos. En C. Sánchez (Ed), *Manual de psicopatología* (pp. 371-397).Madrid:
McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U.
- López Luengo, B. (2002). *Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia: Aplicación del
APT (attention process training)*. Universidad complutense de Madrid.
Recuperado el 22 de enero de 2016 desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?
pid=S0211-57352003000100002&script=sci_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352003000100002&script=sci_arttext)
- López Luengo, B., Florit Robles, A., y González Andrade, A. (2010). Rehabilitación del
funcionamiento cognitivo. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.),
Manual de rehabilitación del trastorno mental grave (pp. 265-293). Madrid:
Editorial Síntesis, S.A.
- Mendhekar, D. N. y Duggal, H. S. (2007). Clozapine-induced double incontinence.
Indian Journal of Medical Sciences, 61, 665-6.

[Mohamad Mehtar](#), M.D. y [Alp Ucok](#), M.D. (2007). A Case Report of Double Incontinence Associated With Clozapine. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 9, 148.

Moragriega Górriz, A. (2010). Estudio comparativo sobre la eficacia de los tratamientos de rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia de un centro de rehabilitación psicosocial. *Información psicológica*, nº 98, 20-32.

Ojeda, N., Peña, J., Bengoetxea, E., García, A., Sánchez, P., Elizagárate, E., Segarra, R., Ezcurra, J., Gutiérrez-Fraile, M., y Eguíluz, J.I. (2012). Evidencias de eficacia de la rehabilitación cognitiva en psicosis y esquizofrenia con el programa REHACOP. *Revista de Neurología*, 54, 577-86.

Peña-Casanova, J. (1991). Programa integrado de exploración neuropsicológica – test barcelona: Bases teóricas, objetivos y contenidos. *Revista Logopedia, Foniatría y Audiología*, 11, 66-79.

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

Quintana Aparicio, M. (2009). *Test barcelona abreviado: Datos normativos. Aproximación desde la teoría de respuesta a los ítems y redes neuronales artificiales en el deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer*. Universidad autónoma de Barcelona. Recuperado el 22 de enero de 2016 desde <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5591/mqa1de1.pdf?sequence=1>

Ruiz-Iriondo, 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, 52-9.

Santiago, E. y Fuentes, J.L. (1999). Una aproximación neurocognitiva al estudio de los déficit atencionales en la esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 7, 361-376.

Servat, P.M., Lehmann S.Y., Harari, A.K., Gajardo, I.L. y Eva, C.P. (2005). Evaluación neuropsicológica en esquizofrenia. *Revista Chilena Neuropsiquiatría*, 43, 210-216.

