



MÁSTER UNIVERSITARIO EN  
PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2019-2020

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**EFFECTIVIDAD DEL SUBPROGRAMA DE  
DIFERENCIACIÓN COGNITIVA DE LA  
TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA  
EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA**

Convocatoria Junio

Autora: Jessica Muñoz Mendiola

DNI: 45931202H

Tutora: Olga Pellicer Porcar



Me gustaría expresar mi agradecimiento a mi tutora: Olga Pellicer Porcar por su apoyo, confianza y acompañamiento durante el proceso. También agradecer, a los participantes de este estudio y al equipo de profesionales del CEEM de Elda, por facilitarnos siempre los medios y darnos la oportunidad de poder realizar este proyecto.

## RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por disfunciones cognitivas. La Terapia Psicológica Integrada es uno de los principales programas de mejora cognitiva en la esquizofrenia tras su gran apoyo empírico y estudios de efectividad. Además, ha demostrado que contribuye a la mejora de la sintomatología y de las habilidades sociales. Es por ello por lo que el objetivo del presente estudio fue comprobar la efectividad del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la Terapia Psicológica Integrada y verificar que la mejora de las habilidades cognitivas repercute positivamente en el estado sintomatológico y funcionamiento social en la esquizofrenia. Para ello, se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental intrasujetos con una evaluación pretest y posttest. Para la evaluación de las variables se emplearon la Escala de Inteligencia Weschler para adultos, la Escala Breve de evaluación Psiquiátrica y la Escala de Funcionamiento Social. En los resultados de la evaluación post-tratamiento se encontró que la puntuación en la sintomatología total había disminuido, mientras que las puntuaciones en las variables cognitivas (comprensión verbal, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y cociente intelectual) y funcionamiento social (autonomía-ejecución, integridad social, ocio y comunicación interpersonal) habían aumentado. Los cambios no resultaron significativos excepto en la subescala de ocio de funcionamiento social. Finalmente, como conclusión, los resultados sugieren que el subprograma de Diferenciación Cognitiva mejora las habilidades cognitivas, el estado sintomatológico y el funcionamiento social.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, rehabilitación cognitiva, Diferenciación Cognitiva, IPT, Terapia psicológica Integrada, déficit cognitivo, sintomatología y funcionamiento social.

## **ABSTRACT**

Schizophrenia is a psychotic disorder characterized by cognitive dysfunction. Integrated Psychological Therapy is one of the main programs of cognitive improvement in schizophrenia after its great empirical support and effectiveness studies. Furthermore, it has been shown to contribute to the improvement of symptomatology and social skills. Therefore, the aim of the present study was to test the effectiveness of the Cognitive Differentiation subprogram of the Integrated Psychological Therapy and to verify that the improvement of cognitive skills has a positive impact on the symptomatological state and social functioning in schizophrenia. To this end, a quasi-experimental study was carried out with a pre-test and post-test evaluation. The Wechsler Intelligence Scale for adults, the Brief Psychiatric Assessment Scale and the Social Functioning Scale were used for the evaluation of the variables. In the results of the post-treatment evaluation it was found that the score in the total symptomatology had decreased, while the scores in the cognitive variables (verbal comprehension, processing speed, working memory and IQ) and social functioning (autonomy - execution, social integrity, leisure and interpersonal communication) had increased. The changes were not significant except in the leisure subscale of social functioning. Finally, as a conclusion, the results suggest that the Cognitive Differentiation subscale improves cognitive skills, symptomatological status and social functioning.

**Key words:** Schizophrenia, cognitive rehabilitation, Cognitive Differentiation., IPT, Integrated Psychological Treatment, cognitive deficit, symptomatology and social functioning.

## INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una de las enfermedades psiquiátricas más prevalentes, encontrándose aproximadamente en el 1% de la población (Davison, O’Gorman, Brennan y Cotter, 2018). El riesgo de padecer esquizofrenia aumenta por la proximidad biológica, siendo un 10% mayor en familiares de primer grado y hasta un 48% en gemelos homocigóticos (Duñó *et al.*, 2009).

Los primeros estudios marcan como edad de inicio la adolescencia o los primeros años de la adultez (Cernovsky, Landmark y O’Reilly, 2002). En los países desarrollados afecta igualmente a hombres que, a mujeres, pero en ellas la aparición tiende a ser más tardía, la afección más leve y presentan un mejor pronóstico (Sánchez, Téllez y Jaramillo, 2012).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, edición 5 (DSM V), la esquizofrenia se considera un trastorno psicótico caracterizado por tres grupos de síntomas: la sintomatología positiva, resultado de procesos mentales anormales como las alucinaciones y delirios; la sintomatología negativa consecuencia de una disminución o ausencia de un funcionamiento mental normal como el aplanamiento afectivo, aislamiento, anhedonia, motivación o falta de energía y la sintomatología desorganizada caracterizada por la desorganización de funciones como el pensamiento, lenguaje y comportamiento representadas por la tangencialidad, circunstancialidad, descarrilamiento, "ensalada" de palabras, retraso motor, movimientos corporales repetitivos o realización de conductas extrañas sin finalidad (American Psychiatric Asociación [APA], 2013).

Además de sus síntomas clásicos, las alteraciones cognitivas son un componente más en la esquizofrenia que constituye una parte primaria de la enfermedad y se considera como la

base del diagnóstico por su carácter independiente, persistente y relevante para el pronóstico (Rodríguez-Blanco, Lubrini, Vidal-Mariño y Ríos-Lago, 2017).

El perfil neuropsicológico de la esquizofrenia consta de una variedad de déficits cognitivos. Existe un consenso entre los autores en afirmar que las tres áreas con mayor repercusión y relación con la evolución de la enfermedad son la atención, memoria y funciones ejecutivas. No obstante, se pueden encontrar alteraciones en las áreas motoras, percepción, lenguaje y en el funcionamiento intelectual (Tomas, 2009).

**Tabla 1**

*Principales alteraciones cognitivas en la esquizofrenia.*

	Atención	Memoria	Funciones ejecutivas
<b>Función</b>	Generar, dirigir y mantener la actividad psicológica.	Codificar, almacenar y recuperar la información.	Controlar y autorregular nuestra conducta. Permite planificar, evaluar, integrar y adaptarse al entorno para alcanzar metas.
<b>Déficit</b>	Dificultad para discriminar estímulos relevantes de irrelevantes, mayor distraibilidad, déficit en la atención sostenida, en la atención dividida y	Fallos en el uso espontáneo de claves contextuales, en la codificación y recuperación de la información (deterioro selectivo de la	Alteraciones en la planificación, voluntad, tendencia a perseverar en las respuestas, escaso juicio social y dificultad en la

el procesamiento temprano de la información visual. información). Dificultades en la memoria a largo plazo (explícita, episódica y semántica). flexibilidad cognitiva.

---

(Recuperada de Lozano y Acosta, 2009)

Tanto en personas que experimentan los primeros episodios psicóticos agudos como diagnosticadas de esquizofrenia crónica se encuentran afectaciones en su funcionamiento cognitivo (Bilder et al., 2000). Así pues, los estudios coinciden que un 75% de los casos de esquizofrenia presentan deterioro cognitivo (Orellana y Slachevsky, 2006).

No existen correlaciones entre la severidad de la sintomatología positiva o negativa y la de los déficits cognitivos, sino que correspondería a un síndrome independiente dentro del trastorno (Keefe y Harvey, 2012). No obstante, estos déficits se consideran determinantes en la discapacidad y un obstáculo en la recuperación funcional por su repercusión sobre el estado clínico y funcionamiento psicosocial de la esquizofrenia (Gil *et al.*, 2012).

Por tanto, puesto que la teoría apoya que mediante una mejora a nivel cognitivo puede efectuarse una mejora en las esferas social y psicopatológica (Bellack, Gold y Buchanan, 1999) y que estas dificultades cognitivas pueden llegar a ser más severas que los síntomas psicóticos y más resistentes al tratamiento farmacológico convencional, es necesario adaptar la práctica clínica en función de estas (Barrera, 2006).

Los avances en el tratamiento de la esquizofrenia han evolucionado desde los tratamientos farmacológicos y biológicos a los tratamientos psicológicos y psicosociales, ya que no es suficiente eliminar farmacológicamente con antipsicóticos los síntomas clásicos de la



enfermedad, sino también, mejorar su rehabilitación cognitiva y reinserción social y familiar. Este tratamiento combinado ha mostrado su eficacia en la mejoría del cuadro clínico y prevención de recaídas (Ruiz, 2017).

La rehabilitación cognitiva comprende una variedad de intervenciones que tienen como propósito la mejora de los procesos cognitivos, cuyos aprendizajes recaen de forma sistemática en el funcionamiento y ajuste psicosocial de las personas con enfermedad mental grave (González y Rodríguez, 2010). Su finalidad es que el razonamiento de la persona se ajuste lo máximo a su ambiente mediante la percepción, lenguaje y conducta, debido a que la buena adaptación de un sistema cognitivo permite un ajuste congruente entre la realidad y su representación cerebral (Vargas, 2007).

Las técnicas basadas en la rehabilitación cognitiva obtienen mejores resultados que la unicidad del tratamiento farmacológico (Bellack *et al.*, 1999). Estas técnicas suelen ser diversas en su metodología, logran una mejoría en la cognición, en el funcionamiento psicosocial y reducen la sintomatología psicótica (Krabbendam y Aleman, 2003).

Existe una gran heterogeneidad entre los programas terapéuticos de rehabilitación cognitiva. En la Tabla 2 se nombran los más comúnmente utilizados, con sus correspondientes áreas de trabajo y objetivos (Ruiz, 2017).

## **Tabla 2**

*Intervenciones de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia.*

PROGRAMAS DE MEJORA COGNITIVA			
Programa	Autores	Áreas de trabajo	Objetivos
Terapia psicológica integrada (IPT)	Brenner, et al., 1994; Roder et al., 1996; Roder et al., 2007	Cognición básica (módulos 1-2) Cognición social(módulos 3,4,5)	Diferenciación cognitiva Percepción social Comunicación verbal Habilidades sociales y solución de problemas interpersonales
Newcastle program	Morice y Delahunty, 1996	Flexibilidad cognitiva Memoria y planificación	Mejorar funciones frontales-ejecutivas: habilidades de planificación y flexibilidad cognitiva
Cognitive remediation therapy (CRT)	Wykes y Reeder, 2005	Memoria, atención, planificación	Aumentar capacidad y eficiencia de las funciones cognitivas Mejorar la metacognición y aumentar la motivación
Cognitive enhancement therapy (CET)	Hogarty et al. 2004	Funciones cognitivas básicas Cognición social	Valoración correcta de estímulos y contextos sociales Adopción de pensamiento flexible (divergente), anticipación de consecuencias y apreciación del punto de vista del otro
PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN COMPENSATORIOS			
Errorless learning (EL)	Terrace, 1963	Prevención de errores Automatización	Jerarquía de tareas desde las más simples a las más complejas y prevención de errores.
PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO POR ORDENADOR			
REHACOM	Schuhfried, 1996	Cognición básica	Mejora de la atención y concentración, la memoria de trabajo, el razonamiento lógico, la coordinación visomotora, etc.
GRADIOR	Franco, Orihuela, Bueno y Cid, 2000	Cognición básica	Mejora de la atención, la percepción, la memoria, la orientación el cálculo y el lenguaje

(Tabla extraída de Ruiz, 2017).

A continuación, se describe la Terapia Psicológica Integrada (Integrated Psychological Treatment-IPT), conocida como uno de los principales programas de mejora cognitiva dirigido al diagnóstico de la esquizofrenia tras su gran apoyo empírico y estudios de eficacia (Brenner, Holder, Roder y Corrigan, 1992).

Esta terapia es uno de los programas de tratamiento integrado de referencia y consiste en la aplicación de un programa terapéutico estructurado de corte cognitivo-conductual en formato grupal, basado en el entrenamiento cognitivo, centrado en la cognición básica y social y en el trabajo sobre los déficits psicosociales de la esquizofrenia (Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes, 2007).

El programa consta de cinco módulos jerarquizados, dirigidos a la mejora de las habilidades cognitivas y sociales de los pacientes con esquizofrenia. Resumidamente los objetivos de estos son (Ruiz, 2017):

- Diferenciación Cognitiva: Se centra sobre las habilidades neurocognitivas básicas como la atención, la memoria verbal, la flexibilidad cognitiva y la formación de conceptos.
- Percepción social: Trabaja sobre las capacidades cognitivas-sociales como la percepción social, emocional y su expresión.
- Comunicación verbal: Se focaliza en las habilidades comunicativas básicas y la fluencia verbal.
- Habilidades sociales: El objetivo es la competencia social.
- Resolución de problemas interpersonales: Se concentra en los problemas propios de los pacientes y con los que se entrena las técnicas de resolución de problemas.

De modo que las primeras sesiones van encaminadas a las habilidades cognitivas básicas, las intermedias a las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales y las últimas practican la resolución de problemas interpersonales más complejos (Fernández, 2002). Como los últimos subprogramas se construyen sobre los iniciales, lo adecuado es la administración del programa de forma secuencial, empezando por la neurocognición y la cognición social, acompañado de las habilidades comunicativas y sociales y terminando por las habilidades de resolución de problemas (Roder, Mueller, Mueser y Brenner, 2006).

El programa se realiza en grupos de cinco a ocho pacientes, normalmente durante dos sesiones semanales. La duración de una sesión varía entre 30 y 90 minutos y la temporalización de cada módulo, así como la total del programa depende de factores externos como la capacidad de tolerancia al esfuerzo, gravedad del paciente, motivación etc. En los

pacientes menos deteriorados se pueden apreciar mejoras después de tres o cuatro meses de intervención (Roder *et al.*, 2007).

En cuanto a la efectividad de la IPT, la bibliografía encontrada pone de manifiesto que este tratamiento contribuye en gran medida a la reducción de las disfunciones cognitivas relacionadas con la esquizofrenia, así como resultados positivos en los síntomas psicopatológicos y funcionamiento social. En esta línea de confirmar la utilidad clínica del programa, Roder, Mueller y Schmidt (2011) realizaron una revisión de la eficacia de este programa con un metaanálisis que incluía los resultados de 36 RCT (N=1601). Los resultados señalaron un efecto diferencial positivo entre los pacientes que habían recibido el programa de la IPT frente a los que recibieron el tratamiento habitual presentado por los dispositivos de salud mental pública.

En la actualidad, en el complejo asistencial de la esquizofrenia, la intervención sobre los déficits cognitivos es un tema pendiente. La necesidad de realizar intervenciones dirigidas a la rehabilitación cognitiva subraya la relevancia de abordar estas alteraciones, puesto que estas inciden directamente en elementos clave para la recuperación y funcionalidad de la persona como la estabilidad sintomática y el adecuado funcionamiento social.

Teniendo en cuenta el respaldo empírico que han mostrado los resultados positivos en la esquizofrenia tras la aplicación de la IPT y dada la extensión y temporalización de la aplicación del programa completo, el objetivo del presente trabajo es comprobar la efectividad del primer subprograma en pacientes con esquizofrenia.

El objetivo principal del presente estudio fue comprobar la efectividad del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT en pacientes con esquizofrenia. Dicho de otro modo, se pretendió verificar que la aplicación del subprograma incrementa las habilidades cognitivas y

que estas repercutían positivamente en el estado sintomatológico y funcionamiento social de las personas con esquizofrenia.

En virtud de ello, si desglosamos el objetivo principal en otros más específicos, con este trabajo se buscó:

- La mejora de las habilidades cognitivas tras la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT. Desglosando las habilidades cognitivas en índices de comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento y obteniendo su cociente intelectual total (CI).
- La mejora del estado sintomatológico (sintomatología psicopatológica total, sintomatología positiva y negativa) tras la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT.
- La mejora del funcionamiento social, teniendo en cuenta las áreas de implicación social, conducta interpersonal, autonomía-ejecución, ocio, conducta prosocial, autonomía-competencia, empleo y la puntuación total de estas, tras la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT.

Basándonos en los objetivos de este estudio se plantaron las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Los participantes incrementarán las puntuaciones de las capacidades cognitivas (comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento y CI) tras la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT.

Hipótesis 2: El grupo de participantes obtendrá una disminución en las puntuaciones de la sintomatología psicológica total, sintomatología positiva y negativa, tras la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT.

Hipótesis 3: Los participantes aumentarán las puntuaciones de las áreas de funcionamiento social (implicación social, conducta interpersonal, autonomía-ejecución, ocio, conducta prosocial, autonomía-competencia, empleo y puntuación total de funcionamiento social) tras la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

En el estudio participaron 6 usuarios del Centro Específico de Enfermos Mentales (CEEM) de Elda, diagnosticados por su psiquiatra de referencia de esquizofrenia según criterios diagnósticos del DSM IV (APA, 1994) y DSM IV-TR (APA, 2005). Es importante, señalar que estos pacientes no fueron diagnosticados según DSM vigente, puesto que han transcurrido 10 o más años desde el diagnóstico.

### **Criterios de selección**

Para la selección de sujetos se tomaron como criterios de inclusión, los siguientes:

Tener diagnóstico de esquizofrenia según DSM IV (APA 1994) o DSM IV-TR (APA, 2005).

- Que hayan transcurrido 10 o más años desde el diagnóstico de la enfermedad.
- Edad comprendida entre 30 y 55 años. Se establece este rango de edad, ya que la edad es un factor importante en las variables cognitivas y con el fin de evitar conectar la afectación cognitiva propia de la edad y la del diagnóstico.



enfermedad							
Sujeto 1	Femenino	38 años	Estudios primarios	Soltera	15 años	2 años	Esquizofrenia residual
Sujeto 2	Femenino	54 años	Estudios primarios	Divorciada	24 años	1 año	Esquizofrenia indiferenciada
Sujeto 3	Masculino	40 años	Estudios primarios	Divorciado	13 años	1 año	Esquizofrenia paranoide
Sujeto 4	Masculino	41 años	Estudios primarios	Soltero	18 años	7 años	Esquizofrenia paranoide
Sujeto 5	Femenino	52 años	Estudios primarios	Soltera	20 años	4 años	Esquizofrenia residual
Sujeto 6	Masculino	49 años	Estudios primarios	Soltero	25 años	3 años	Esquizofrenia paranoide

## Diseño

El diseño empleado es un estudio cuasiexperimental intrasujetos con una evaluación pretest y posttest (longitudinal). La elección de sujetos se realizó atendiendo al Programa Individual de Rehabilitación (PIR), seleccionando así a los pacientes que compartían características psicopatológicas, capacidades cognitivas, sociales y autonomía similares, además de cumplir los criterios de inclusión anteriormente mencionados. La valoración inicial previa a la intervención y posterior a esta, nos permitió determinar el impacto de la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT y determinar en qué medida se cumplen o no los objetivos de este estudio. Para las evaluaciones pretest y posttest se utilizaron instrumentos psicométricos estandarizados.



## **Variables**

Para poder considerar los cambios obtenidos tras la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva sobre las habilidades cognitivas y que estas repercutan sobre el estado clínico y funcionamiento social, se han considerado las siguientes variables:

La variable independiente empleada en esta investigación es el subprograma de Diferenciación Cognitiva del paquete integrado de rehabilitación psicológica formado por la IPT.

Mientras que las variables dependientes medibles en este estudio son

- Las habilidades cognitivas que son las funciones y procesos mentales que nos permiten recibir, procesar y elaborar la información de nuestro alrededor. Se valoró a partir de las puntuaciones en comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, así como con el CI.
- El estado sintomatológico que se estimó a partir de las puntuaciones en la sintomatología psicológica total (sintomatología positiva, negativa, preocupación somática, ansiedad psíquica, culpa, tensión, manierismo, grandeza, humor depresivo, hostilidad, falta de coordinación y excitación), sintomatología positiva (incoherencia, suspicacia, alucinaciones y contenido anormal del pensamiento) y negativa (aislamiento emocional, enlentecimiento motor, aplanamiento afectivo y desorientación).
- El funcionamiento social, capacidad para adaptarse al ambiente social y a las demandas de este. Se obtuvo a partir de las siete áreas más importantes del funcionamiento adaptativo en sociedad como la implicación social, conducta interpersonal, actividades prosociales, ocio, autonomía/competencia,

autonomía/desempeño y empleo/ocupación. Así como la puntuación total en funcionamiento social.

## **Instrumentos**

**Escala de Inteligencia Weschler para adultos, 3ra edición-Wechsler adult intelligence scale-third Edition (WAIS-III) (Weschler, 1999) (anexo 1):**

La Escala de Inteligencia de Weschler para adultos se utiliza para la medición de las aptitudes intelectuales de la población con edades comprendidas entre 16 y 89 años y 11 meses. Se emplea como herramienta de exploración neuropsicológica y varios estudios han demostrado su utilidad en pacientes con esquizofrenia (Dura *et al.*, 2010).

El WAIS contiene una escala verbal y otra manipulativa, ambas componen la escala total. La escala verbal englobaría diferentes subtests como la prueba de vocabulario, semejanzas, información, comprensión, aritmética, dígitos y letras y números. Mientras que la escala manipulativa estaría representada por los subtests de historietas, figuras incompletas, cubos, matrices, clave de números, búsqueda de Símbolos y rompecabezas.

A partir de la escala verbal y manipulativa que forman la escala total se obtienen tres puntuaciones sobre el CI: el verbal (CIV), el manipulativo (CIM) y el total (CIT). A su vez, se consiguen cuatro puntuaciones derivadas de análisis factoriales: comprensión verbal (CV), organización perceptiva (OP), memoria de trabajo (MT) y velocidad de procesamiento (VP).

El tiempo total de aplicación de ambas escalas oscilaría entre los 100 y 115 minutos. Dada la extensión de la escala original y su dificultad para el uso con pacientes con esquizofrenia, se han creado versiones abreviadas del instrumento como, por ejemplo, la que aplicaremos en el estudio, la versión reducida del equipo Blyer, Gold, Iannone y Buchanan en 2000, dirigida específicamente a la población con esquizofrenia. Esta versión abarca de la escala verbal, los subtests de información y aritmética y de la escala manipulativa, los subtests de cubos y búsqueda de símbolos. Las formas abreviadas muestran una correlación con el CI total de la escala completa de 0,91 para la muestra de pacientes clínicos (Byler *et al.*, 2000).

Para la corrección de esta versión simplificada, se suman las puntuaciones escalares de los subtests, se multiplican por 11 que corresponde al número de subtests y el resultado obtenido se divide por cuatro, que es el número de subescalas empleadas. Del mismo modo, el resultado obtenido se contrasta en la tabla de baremos correspondiente en edad para verificar el CI.

**Escala Breve de evaluación Psiquiátrica-Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), (Overall y Gorham, 1962); versión española de Peralta y Cuesta, 1994 (anexo 2):**

Se diseñó para valorar la respuesta al tratamiento farmacológico, aunque también resulta útil para el diagnóstico, como medida de gravedad y subtipificación para los síntomas positivos y negativos del trastorno esquizofrénico. Se trata de una escala heteroaplicada de 18 ítems con una escala tipo Likert de 7 valores que oscilan entre 1 (ausencia del síntoma) y 7 (extremadamente grave).

Los síntomas de la escala abarcan un amplio espectro como preocupación somática, ansiedad psíquica, aislamiento emocional, desorganización conceptual, culpa, tensión, manierismo, grandeza, humor depresivo, hostilidad, suspicacia, alucinaciones, enlentecimiento motor, falta de cooperación, contenido inusual del pensamiento, aplanamiento afectivo, excitación y desorientación.

Se pueden calcular tres puntuaciones a partir de esta; la total que se obtiene a partir de la suma de cada uno de los 18 ítems, la puntuación en el clúster de síntomas negativos que se extrae a partir de la suma de las puntuaciones en retraimiento emocional, enlentecimiento motor, aplanamiento afecto y desorientación y la puntuación en el clúster de síntomas positivos mediante la suma de las puntuaciones de los ítems de desorganización conceptual, suspicacia, alucinaciones y contenidos del pensamiento inusual. La definición de síntomas positivos y negativos posee una muy buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,81 a 0,92) y tiene una fiabilidad test-retest de 0,70 para la mayoría de los ítems (Azumendi, 2004).

**Escala de Funcionamiento Social- Social Functioning Scale (SFS) (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990); versión abreviada y adaptada al castellano de Vázquez y Jiménez, 2000 (anexo 3):**

Fue diseñada específicamente para la evaluación del funcionamiento social de las personas con esquizofrenia. Abarca siete áreas de funcionamiento adaptativo en sociedad como la implicación social, conducta interpersonal, actividades prosociales, ocio, autonomía/competencia, autonomía/ desempeño y empleo/ocupación.

La escala conlleva un tiempo de administración de 20 a 30 minutos, contiene preguntas abiertas y respuestas en formato Likert. Se puede completar, o bien, de forma autoinformada o contestarla un familiar o cuidador.

Se obtienen puntuaciones por áreas individuales y una total que hace referencia al funcionamiento social de la persona. La puntuación total se obtiene, convirtiendo las puntuaciones directas (PD) de cada una de las subescalas en puntuaciones típicas (PT), después sumando estas puntuaciones típicas de las siete subescalas y dividiendo el resultado por siete. Las puntuaciones se valoran a menor puntuación peor funcionamiento social; por el contrario, a mayor puntuación mejor funcionamiento social. La escala muestra buena fiabilidad (coeficiente alfa de 0,71 a 0,87) y validez.

### **Programa de intervención**

El programa de intervención de este estudio corresponde al subprograma de Diferenciación Cognitiva que corresponde con el primer módulo de la IPT. Este se centra en la rehabilitación cognitiva teniendo como objetivos la mejora de la atención, concentración, pensamiento conceptual, adquisición de conceptos abstractos y finalmente las funciones mnésicas.

El subprograma está dividido en tres etapas (Roder *et al.*, 2007);

#### **Etapa 1: Ejercicio con tarjetas**

Los participantes reciben una determinada cantidad de tarjetas que se diferencian en distintas características (números, formas, colores etc.). Se les pediría que saquen las tarjetas según los criterios marcados por el terapeuta.

## **Etapa 2: Sistemas conceptuales verbales**

**-Jerarquías conceptuales:** Los participantes nombran palabras que están relacionadas con una palabra previamente dada. Después deberán clasificar estas palabras según conceptos superiores o subordinados.

**-Sinónimos:** El grupo planteará palabras que signifiquen lo mismo que la palabra determinada y después se marcarán las diferencias y similitudes de estas palabras independientes por medio de frases.

**-Antónimos:** La actividad será la misma que la de los sinónimos, pero teniendo en cuenta que la palabra planteada tendrá que significar lo opuesto en vez de lo mismo.

**-Definiciones de palabras:** Los miembros del grupo tendrán que explicar el significado de una palabra mediante categorías que permitan su descripción como función, lugar, material, forma etc.

**-Tarjetas con palabras:** A cada persona se le entrega una tarjeta con dos palabras, de las cuales una está subrayada. Estas dos palabras serán leídas en voz alta y por medio de una asociación con otras palabras relacionadas con la subrayada, el resto del grupo deberá reconocer cuál de las dos es la subrayada.

**-Palabras con diferente significado según el contexto:** Los participantes explicarán diferentes significados para una misma palabra y elaborarán frases adaptando la palabra al contexto.

## **Etapa 3: Estrategias de búsqueda**

Un participante selecciona un objeto de la sala que los demás deben descubrir a través de preguntas específicas. Se comienza por conceptos generales y se avanza hacia otros más particulares hasta identificar el objeto elegido, es decir, gradualmente el grupo hace preguntas desde las más concretas hasta las más conceptuales.

El material empleado para el desarrollo del subprograma es diverso y está formado por tarjetas grandes de 7x7 cm, que se distinguían por características como colores, números, días de la semana y formas, tarjetas con palabras, parejas de palabras o partes de frases, objetos concretos a los que se referían cuando fueron nombrados. Otros elementos utilizados para la impartición del módulo fueron una pizarra, tizas, proyector, ordenador, folios, lápiz y goma de borrar. La duración de cada sesión fue de 50/60 minutos y el total de sesiones impartidas fueron 18.

**Tabla 4**

*Sesiones del programa de Diferenciación Cognitiva.*

Etapa	Técnica	N.º de sesión
Presentación	Introducción al módulo de Diferenciación Cognitiva	de 1 sesión
Etapa 1: Ejercicios con tarjeta	Ejercicios con tarjeta	2 sesiones
Etapa 2: Sistemas conceptuales verbales:	Jerarquía conceptual	7 sesiones
	Sinónimos	2 sesiones
	Definición de palabras	1 sesiones
	Polisemia-Semántica contexto	según 1 sesiones
	Antónimos	2 sesiones
	Tarjetas con palabras	1 sesiones
Etapa 3: Estrategias de búsqueda	Estrategias de búsqueda	1 sesión

## Cronograma

En la Tabla 5 se describe la planificación que se llevó a cabo durante las sesiones:

**Tabla 5**

*Programación de las sesiones llevadas a cabo.*

OCTUBRE			
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
Evaluación BPRS	Evaluación pretest SFS	Evaluación WAIS (aritmética y búsqueda de símbolos)	pretestEvaluación pretest WAIS (información y cubos)
30	1	2	3
	Sesión 0: Introducción al módulo de la Diferenciación Cognitiva de la IPT		Sesión 1: Ejercicios con tarjetas
7	8	9	10
	Sesión 2: Jerarquías conceptuales		Sesión 3: Jerarquías conceptuales
14	15	16	17
	Sesión 4: Jerarquías conceptuales		Sesión 5: Jerarquías conceptuales



21	22	23	24
	Sesión 6: Ejercicios con tarjetas		Sesión 7: Jerarquías conceptuales

28	29	30	31
----	----	----	----

NOVIEMBRE

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
	Sesión 8: Sinónimos		Sesión 9: Sinónimos

4	5	6	7
	Sesión 10: Definición de palabras		Sesión 11: Polisemia- Semántica según contexto

11	12	13	14
	Sesión 12: Antónimos		Sesión 13: Antónimos

18	19	20	21
	Sesión 14: Jerarquías conceptuales		Sesión 15: Jerarquías conceptuales

25	26	27	28
----	----	----	----

DICIEMBRE

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
	Sesión 16: Tarjetas con		Sesión 17:

	palabras		Estrategias de búsqueda
2	3	4	5
Evaluación postest BPRS	Evaluación postest SFS	Evaluación postest WAIS (aritmética y búsqueda de símbolos)	Evaluación postest WAIS (información y cubos)
	10		
9		11	12

## Procedimiento

De forma previa, se realizó una búsqueda bibliográfica con la finalidad de profundizar más sobre la esquizofrenia para conocer posteriormente diferentes variables sobre las que ahondar, los tratamientos establecidos y en que basar el objetivo del estudio.

Primeramente, se contó con la aprobación del Centro Específico de Enfermos Mentales (CEEM) mediante la autorización formal de la directora del CEEM y el director de la empresa Grupo 5, quienes autorizaron a la futura investigadora principal la realización del estudio.

A continuación, se envió toda la documentación pertinente para poder recibir la aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Elda. Una vez, el proyecto contó con el dictamen favorable (anexo 4), se seleccionó la muestra a partir de unos criterios de inclusión mencionados.

Posteriormente, se explicó a los usuarios seleccionados las características del estudio, los objetivos, la evaluación y el módulo del programa que íbamos a aplicar. Igualmente, se les entregó un documento con la información de la investigación y los beneficios de esta (anexo 5). Después, los pacientes expresaron su voluntad de participar y se procedió a la firma del Consentimiento Informado (anexo 6). En el caso de los participantes incapacitados jurídicamente se contactó con sus tutores legales

Explicada la naturaleza del estudio, enfatizando en el anonimato y la confidencialidad, se administraron las pruebas de evaluación descritas en instrumentos. La evaluación se realizó durante cuatro sesiones, en cuatro días y tuvieron una duración de una hora cada una de ellas.

Al llevar a cabo la administración pretest de los instrumentos de evaluación seleccionados, se inició la aplicación del módulo de Diferenciación Cognitiva de la IPT de acuerdo con el cronograma.

Concluida la aplicación del módulo, se volvió a aplicar las pruebas de evaluación administradas anteriormente para evaluar la repercusión que ha tenido la aplicación del módulo y en qué medida se cumplieron los objetivos del estudio.

Finalmente, se llevó a cabo el análisis de datos recogidos, generando esto unos resultados que permitieron comprobar la consistencia argumentativa de la investigación en la conclusión.

## **Análisis de datos**

Todos los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 21. Para obtener los resultados, se realizaron los siguientes análisis: En primer lugar, se llevó a cabo el análisis descriptivo de cada variable dependiente, medidas a partir de los instrumentos BPRS, SFS y WAIS-III, obteniendo así las medias y desviaciones típicas de las medidas pretest y postest. Posteriormente, con el objetivo de analizar la significación del cambio de las medidas pre y post de estas variables, se utilizó la prueba no paramétrica para dos medidas relacionadas de Wilcoxon. El nivel de significación considerado fue de 0,05.

## RESULTADOS

A continuación, se presentan los datos obtenidos en los diferentes instrumentos de evaluación aplicados.

Primeramente, en la Tabla 6 se muestran los datos cuantitativos relativos a las pruebas de información, aritmética, búsqueda de símbolos, cubos y CI del WAIS-III, versión abreviada.

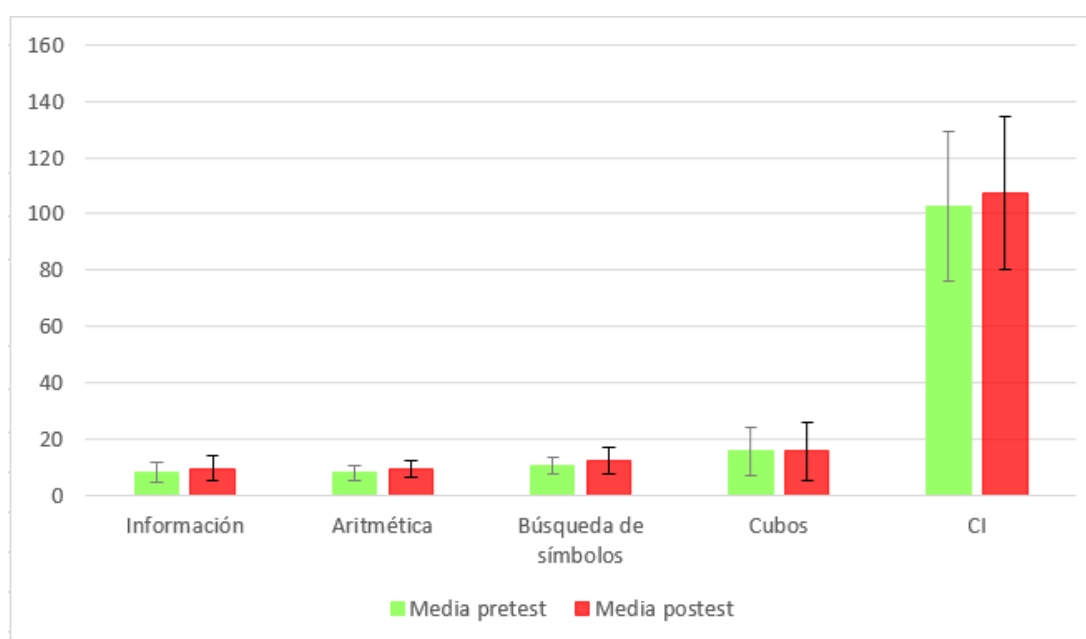
**Tabla 6**

*Estadísticos de las puntuaciones del WAIS-III versión abreviada antes y después de la intervención.*

	Medidas	<b>X</b>	<b>Σ</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>Informació n</b>	PRE	8,17	3,764	-1,753	0,080
	POST	9,50	4,593		
<b>Aritmética</b>	PRE	8,00	2,608	-1,826	0,068
	POST	9,17	3,061		
<b>Búsqueda de símbolos</b>	PRE	10,57	3,082	-1,687	0,092
	POST	12,33	4,719		

<b>Cubos</b>	PRE	15,50	8,432	-1,265	0,206
	POST	15,50	10,330		
<b>CI</b>	PRE	102,62	26,493	-1,084	0,279
	POST	107,33	27,376		

En lo que concierne a las **variables cognitivas**, se observaron cambios no estadísticamente significativos al comparar las medias de las puntuaciones pre y post-intervención. A pesar de esta ausencia de significación, los datos apuntaron a que pudo haber una mejoría en las habilidades cognitivas ya que, en el caso, de la *comprensión verbal* (información), *memoria de trabajo* (aritmética) y *velocidad de procesamiento* (búsqueda de símbolos), la media de las puntuaciones aumentó más de un punto tras la intervención. Igualmente, en la variable *CI*, se percibió un aumento en la media posttest (Media:102,62 y DT:26,493) respecto a la media de las puntuaciones pretest (Media:107,33 y DT:27,376), concretamente de 4,67 puntos. Por otro lado, la puntuación en *organización perceptual* a partir la prueba de cubos se mantuvo igual.



*FIGURA 2:* Representación de la media y desviación típica de las puntuaciones pretest y postest del WAIS-III, versión abreviada, según el gráfico de barras.

Posteriormente, en la Tabla 7, aparecen agrupados los datos referentes al BPRS

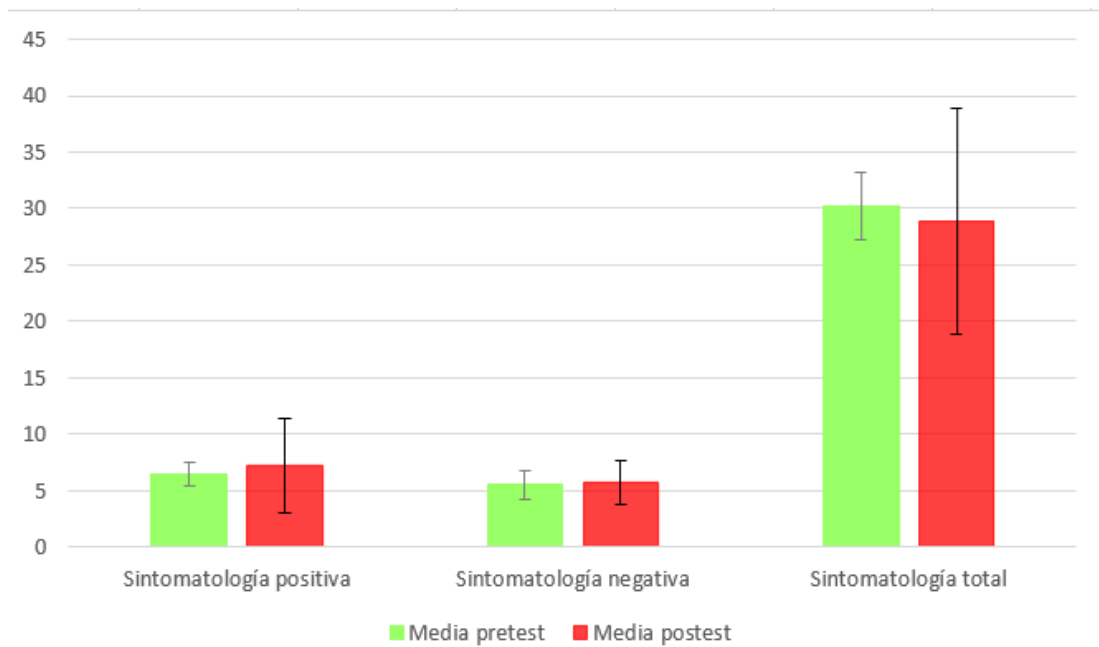
**Tabla 7**

*Estadísticos de las puntuaciones del BPRS antes y después de la intervención.*

	<b>Medidas</b>	<b>X</b>	<b><math>\Sigma</math></b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>Sintomatología positiva</b>	PRE	6,50	1,049	-4,31	0,666
	POST	7,17	4,215		
<b>Sintomatología Negativa</b>	PRE	5,50	1,225	-1,35	0,892
	POST	5,67	1,966		
<b>Sintomatología total</b>	PRE	30,17	2,994	-2,10	0,833
	POST	28,83	10,028		

Respecto a las **variables de estado clínico** no se observaron cambios significativos. No obstante, por una parte, en la *sintomatología positiva* la media de las puntuaciones pretest fue de 6,50 (DT: 1,049), mientras que la media de las puntuaciones postest se vio aumentada a un promedio de 7,17 (DT: 4,215). De la misma manera, en la *sintomatología negativa*, la media de las puntuaciones pretest fue de 5,50 (DT: 1,225), mientras que la media de las puntuaciones postest no se vio a penas modificada ya que fue aumentada a 5,67 (DT:1,996). Esto podría apuntar a un aumento en la sintomatología positiva y al mantenimiento de la negativa tras la intervención, aunque no de manera significativa.

Por otra parte, y a la inversa, en cuanto a la *sintomatología total*, si se contempló un cambio positivo, a pesar de no considerarse significativo ( $p=0,833$ ), puesto que la media de las puntuaciones pretest fue de 30,17 (DT: 2,994), mientras que la media de las puntuaciones postest disminuyó a 28,83 (DT: 10,028), lo que apuntó a una tendencia de mejoría tras la intervención.



**FIGURA 3:** Representación de la media y desviación típica de las puntuaciones pretest y postest del del BPRS según el gráfico de barras.

En la tabla 8, aparecen reflejadas las puntuaciones referentes al SFS.

**Tabla 8**

*Estadísticos de las puntuaciones del SFS antes y después de la intervención.*

	Medidas	X	$\Sigma$	Z	P
<b>Integración social</b>	PRE	109	8,967	-1,604	0,109
	POST	112	6,325		

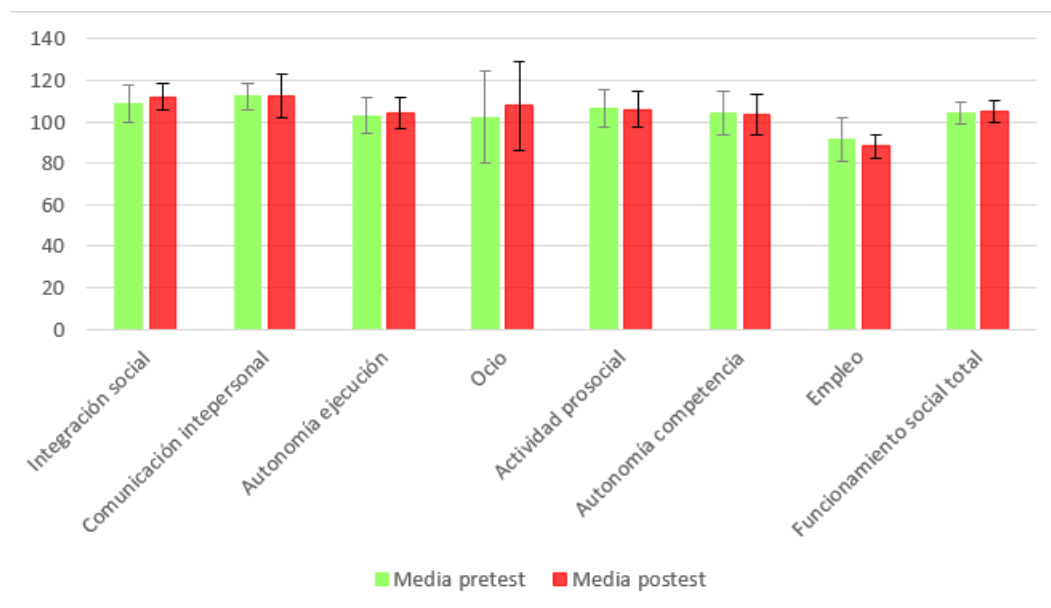
<b>Comunicación interpersonal</b>	PRE	112,17	6,706	-0,378	0,705
	POST	112,33	10,501		
<b>Autonomía ejecución</b>	PRE	103	8,832	-1,382	0,167
	POST	104,33	7,685		
<b>Ocio</b>	PRE	102,33	21,933	-2,264	0,024*
	POST	108	21,466		
<b>Actividad prosocial</b>	PRE	106,33	8,869	-0,405	0,686
	POST	106	8,672		
<b>Autonomía competencia</b>	PRE	104,5	10,559	-1,342	0,180
	POST	103,50	9,731		
<b>Empleo</b>	PRE	91,17	10,515	-1,000	0,317
	POST	88,17	5,382		
<b>Funcionamiento social total</b>	PRE	104,17	5,529	-0,921	0,357
	POST	104,83	5,382		

En lo referido a las **variables de funcionamiento social**, se observaron cambios estadísticamente significativos en la variable de *ocio* ( $p=0,024$ ) cuya media resultó mayor en la fase post-intervención y, por tanto, reflejó un aumento en el nivel de ocio.

No se observaron cambios significativos en el resto de las dimensiones tras la prueba de Wilcoxon ya que el nivel de significación de estas fue mayor de 0,05. Sin embargo, a pesar de esta ausencia de significación, si se observó una ligera tendencia al alza en el nivel de *autonomía/ejecución* e *integración social* ya que aumentó más de un punto y tres, respectivamente, la media de las puntuaciones post-intervención. Así mismo, la puntuación total de funcionamiento social tampoco resultó ser significativa ( $p=0,833$ ), no observándose apenas



cambio ya que la media pretest fue de 104,17 (DT: 5,529), mientras que la media de las puntuaciones posttest, aumento ligeramente a 104,83 (DT: 5,382).



*FIGURA 4:* Representación de la media y desviación típica de las puntuaciones pretest y posttest del *SFS* según el gráfico de barras.

## DISCUSIÓN

Después de comparar los resultados obtenidos tras el análisis de datos, se llevó a cabo la valoración de si se habían cumplido los objetivos e hipótesis planteadas en este estudio.

El objetivo principal del presente trabajo fue comprobar la efectividad del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT en pacientes con esquizofrenia y verificar si al incrementar las habilidades cognitivas, estas repercutían positivamente en el estado sintomatológico y funcionamiento social de los pacientes.

En primer lugar, respecto a la primera hipótesis, que los participantes incrementarían las puntuaciones de las **capacidades cognitivas**, tras analizar los resultados se comprobó como esperábamos, un aumento de las puntuaciones de las variables *comprensión verbal*, *memoria*

*de trabajo, velocidad de procesamiento y CI* del WAIS-III, tras la intervención, aunque no resultó ser significativo. El incremento de las habilidades cognitivas coincide con los resultados de los estudios de Fernández et al. (1998) y Tomás (2019), quienes tras aplicar el programa completo de la IPT observaron aumentos en dichas variables, en ambos casos los cambios resultaron estadísticamente significativos. En este sentido es importante tener en cuenta dos diferencias entre los estudios comentados y el presente trabajo, por un lado el N de las muestras, en el caso de los estudios citados fue de 35 y 31 sujetos respectivamente, frente a 6 en el presente estudio, y que ellos por su parte aplicaron en programa completo y no solo un subprograma, el de la Diferenciación Cognitiva, que aunque sea el que está enfocado específicamente a los aspectos cognitivos, puede que sus efectos no resulten los mismos, si se aplica de manera aislada o en el conjunto del programa completo.

En el caso de la variable de *organización perceptual*, a diferencia de lo que esperábamos, no se observaron diferencias puesto que la puntuación previa a la aplicación del programa se mantuvo tras la intervención. Este resultado no concuerda con los resultados de otros estudios como el de Ruiz (2017), en el que tras la aplicación de la IPT encontró que destrezas cognitivas como la de organización perceptual, aumentaron de manera significativa. Nuevamente, se debe tener en cuenta el tamaño muestral ya que el N del estudio citado fue de 77 sujetos mientras que en el presente estudio fue de 6 sujetos y, a diferencia de nuestro estudio se aplicó el programa completo de la IPT.

En lo referido a la segunda hipótesis sobre la variable de **estado sintomatológico** se observó un aumento, aunque no significativo, en el nivel de *sintomatología positiva*, mientras que las puntuaciones en sintomatología negativa apenas variaron. Estos cambios, no coinciden con lo esperado, ya que nuestra hipótesis era que ambos tipos de sintomatología mejoraran.

A pesar de los estudios que confirman la generalización de los resultados positivos de las funciones cognitivas a la sintomatología positiva y negativa de la esquizofrenia a partir de programas de rehabilitación cognitiva como es la IPT (Eack et al., 2010 y Chan, Ngai, Leung y

Wong, 2010), existen estudios que muestran resultados contradictorios entre la asociación significativa de la disfunción cognitiva y los síntomas positivos y negativos como el de Gold, Queern, Iannone y Buchanan (1999) y Bark et al. (2003) quienes concluyen que la mejora de la cognición tiene un impacto muy limitado sobre esta sintomatología, como se ha constatado en el presente trabajo.

Por otra parte, respecto a la *sintomatología total*, que incluye sintomatología positiva, negativa y otros síntomas psiquiátricos, los datos obtenidos en la presente investigación van encaminados a lo esperado ya que el nivel de sintomatología total sí que disminuyó tras la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva, aunque no de manera significativa. Esta disminución de la sintomatología clínica coincide con los resultados obtenidos en los estudios de Gabaldón et al. (2010) y Zimmer, Duncan, Laitano, Ferreira y Belmonte-de-Abreu (2007) sobre los efectos de los subprogramas de la IPT en pacientes con trastornos psicóticos. La falta de significación podría explicarse como se ha comentado en puntos anteriores por la diferencia en el tamaño muestral ya que el N de los estudios citados fue de 32 y 56 respectivamente y asimismo aplicaron el programa completo de la IPT. La disminución de la puntuación de la sintomatología total se explica por la reducción de la sintomatología psicopatológica diferente a la positiva y negativa, que comprende, preocupación somática, ansiedad psíquica, culpa, tensión, manierismo, grandeza, humor depresivo, hostilidad, falta de coordinación. En la misma línea, Hermanutz y Gestrich (1987), en un estudio comparativo entre la IPT frente a un grupo de control, encontraron una disminución en la sintomatología total, a partir de la mejora de otras categorías diferentes a la sintomatología positiva y negativa como la activación, hostilidad y humor depresivo.

En cuanto a la tercera hipótesis sobre la variable de **funcionamiento social**, por una parte, no se cumple lo esperado en los niveles de *empleo, autonomía-ejecución y actividades prosociales* ya que sus puntuaciones disminuyeron tras la intervención, aunque el cambio tampoco resultó ser significativo. Por otro lado, en la línea de lo que se esperaba, si se observó

un ligero aumento en los niveles de la *escala total de funcionamiento social* tras la intervención, aunque nuevamente no resultó estadísticamente significativo. Del mismo modo, no se observaron cambios significativos a pesar de que aumentaron los niveles de *autonomía/ejecución, integración social, comunicación interpersonal y autonomía-ejecución*. La falta de significación en el funcionamiento social está en consonancia con lo encontrado en otros estudios empíricos como los de Tomas (2019) y Úbeda (2018), en los que se aplicó el subprograma de Diferenciación Cognitiva en pacientes con esquizofrenia y los resultados no resultaron significativos para el funcionamiento social. En estos estudios se argumenta que la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva no contribuía significativamente a las habilidades sociales ya que este está centrado exclusivamente en las funciones cognitivas a diferencia de la aplicación del programa completo de la IPT que incluía los últimos subprogramas dirigidos a las habilidades sociales.

Respecto a la variable *ocio*, se observó un aumento que sí resultó ser significativo, como hemos mencionado, los objetivos del subprograma de la Diferenciación Cognitiva van dirigidos exclusivamente a los déficits cognitivos de la esquizofrenia, por lo que directamente no trabaja sobre el funcionamiento social. No obstante, uno de nuestros objetivos era ver si el aumento de las habilidades cognitivas repercutía positivamente en el aspecto social. Este hecho sobre la variable ocio que contempla la participación en pasatiempos e intereses a partir de la frecuencia de la realización de actividades ocupacionales como leer, ver la televisión, cocinar, hacer manualidades, pasear, nadar, uso de internet etc., nos hace conjeturar que, aunque la Diferenciación Cognitiva no contribuye directamente sobre el ocio, el incremento en las destrezas cognitivas si puede influir sobre este. Del mismo modo, aunque el foco de intervención fue cognitivo, la metodología se realizó desde un modelo psicosocial por lo que el hecho de realizar talleres y dinámicas semanalmente de manera grupal también ha podido ser un factor que ha influido en la mejora de la percepción de ocio en los participantes.

En resumen, aunque no se alcanza la significación estadística, excepto en la variable ocio, incluida en el funcionamiento social, el aumento de las puntuaciones en la variable de funcionamiento social en este estudio apunta a una mejoría de las habilidades sociales tras la intervención, a pesar de que ésta se dirige principalmente a los déficits cognitivos. Este planteamiento es apoyado por autores como Pfammatter, Junghan y Brenner (2006) y Velligan, Kern y Gold (2006) quienes abogan por la mejoría del funcionamiento social como consecuencia del aumento de las capacidades cognitivas. Del mismo modo Tomás (2019), mencionaba que entre el 20-60% de la variabilidad en funcionamiento social está explicada por el deterioro cognitivo.

## **CONCLUSIÓN**

Como conclusión, los cambios en las variables de interés metodológicamente no se consideraron significativos, excepto la variable de ocio medida a partir del SFS. Esto se puede explicar porque la muestra que participó en este estudio fue pequeña, debido a que la significación estadística depende de la magnitud de la diferencia que se quiera comprobar y del tamaño muestral, cuando la magnitud de las diferencias es reducida se necesitan muestras grandes para disminuir el error estándar y detectar cambios (Manterola y Pineda, 2008).

No obstante, los resultados si revelaron cambios que apuntan a una mejora entre la fase pre y postratamiento tras la aplicación del módulo de Diferenciación Cognitiva de la IPT en las variables cognitivas (comprensión verbal, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y CI), sintomatología total y funcionamiento social (autonomía-ejecución, integridad social, ocio y comunicación interpersonal) a partir de la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva.

En cuanto a las limitaciones y para futuras investigaciones serían aspectos a tener en cuenta que la muestra fue escasa, aunque fue aceptable para aportar una pequeña consistencia al estudio, no fue suficientemente grande como para poder generalizar resultados ni contemplar cambios significativos. No se seleccionó un grupo control y la selección de la muestra no fue aleatoria. Del mismo modo, aunque no se pudo llevar a cabo por la limitación de tiempo, habría sido interesante realizar un seguimiento desde la finalización de la intervención para evaluar la eficacia a largo plazo. Así como la importancia de la aplicación del programa completo ya que a mayoría de los estudios existentes y que se tuvieron como referencia en este estudio habían aplicado el paquete integrado de la IPT.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Psychiatric Association, APA (2005). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª ed., rev.). Texto Revisado. Barcelona: Masson.
2. American Psychiatric Association, APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª. ed.). Arlington, VA: autor.
3. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth edition. DSM IV*. Washington: American Psychiatric Association.
4. Azumendi, O. M. (2004). *Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos de acción prolongada*. OME-AEN, Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.
5. Bark, N., Revheim, N., Huq, F., Khalderov, V., Watras Ganz, Z. y Medalia, A. (2003). The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 63, 229-235

6. Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(3), 215-221.
7. Bellack, A.S., Gold, J.M. y Buchanan, R.W. (1999). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 257-274.
8. Bilder, R. M., Goldman, R. S., Robinson, D., Reiter, G., Bell, L., Bates, J. A., ... y Geisler, S. (2000). Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 549-559.
9. Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S. (1990). The social functioning scale: the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853- 859.
10. Blyer, C.R., Gold, J.M., Iannonne, V.N. y Buchanan, R.W. (2000). Short form of the WAIS-III for use with patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 46, 209-215.
11. Brenner, H. D.; Hodel, B.: Roder, y Corrigan, P. (1992). Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): Basic assumptions, current status and future directions, In F. P. Ferrero, A. E. Haynal, y N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia and affective psychoses: Nosology in contemporary psychiatry* (pp. 201-209). London: John Libbey
12. Cernovsky, Z. Z., Landmark, J. A. y O'Reilly, R. L. (2002). Edad de inicio y modelos clínicos en la Esquizofrenia. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 16(3), 174-180.

13. Chan, C., Ngai, E., Leung, P. y Wong, S. (2010). Effect of the adapted virtual reality cognitive training program among Chinese older adults with chronic schizophrenia: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 643- 649
14. Davison, J., O'Gorman, A., Brennan, L. y Cotter, D. R. (2018). A systematic review of metabolite biomarkers of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 195, 32-50.
15. Duñó R, Pousa E, Miguélez M, Montalvo I, Suárez D. y Tobeña A. (2009) Suicidality connected with mentalizing anomalies in schizophrenia: a study with stabilized outpatients. *Annals of the New York academy of sciences*, 1167, 207-11
16. Durá, I. F., Peris, M. R., Vivó, C. D. y Ruiz, J. C. R. (2010). Versión abreviada del WAIS-III para su uso en la evaluación de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 22(2), 202-207.
17. Eack, S., Greenwald, D., Hogarty, S., Cooley, S., DiBarry, A., Montrose, D. y Keshavan, M.S. (2009). Cognitive Enhancement Therapy for Early-Course Schizophrenia: Effects of a Two-Year Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 60(11), 1468-1476.
18. Fernández, O. V. (2002). La importancia de la IPT (Terapia Psicológica Integrada) en el tratamiento de la esquizofrenia. *Información Psicológica*, (79), 32-42.
19. Fernández, Ó. V., Girálde, S. L., Sáiz, A. G, García, A. O., Sánchez, M. A., & Pérez, A. M. G. (1998). Tratamiento psicológico integrado de pacientes esquizofrénicos. *Psicothema*, 10(2), 459-474.
20. Gabaldón Poc, O., Ruiz Iriondo, M., Bilbao Ramírez, M., Burguera, J., Alústiza García, A., Erkizia Amilibia, B., & Sakara Magallón, M. (2010). Rehabilitación cognitiva en trastornos psiquiátricos graves: aplicación de los subprogramas cognitivos de la terapia



- psicológica integrada (IPT). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 93-107.
21. García Nieto, R., Brasas, T., Cantero Fernández, B. y Gómez Terrados, J. A. (2004). Aplicación de la terapia psicológica integrada a pacientes psicóticos crónicos en un centro de salud mental. *Revista de la asociación Española de neuropsiquiatría*, (91), 81-96.
22. Gil, C. R. (2016). *Déficits neurocognitivos y en cognición social en pacientes esquizofrénicos con un nivel preservado de funcionamiento intelectual general* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
23. Gold, J.M., Queern, C., Iannone, V.N. y Buchanan, R.W. (1999). Repeatable battery for the assessment of neuropsychological status as a screening test in schizophrenia: Sensitivity, reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1944-1950.
24. González Cases, J. y Rodríguez González, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a las personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332.
25. Hermanutz, M. y Gestrich, J. (1987). Kognitives Training mit Schizophrenen: Beschreibung des Trainings und Ergebnisse einer kontrollierten Therapiestudie. *Der Nervenarzt*.
26. Hoff, A. L. y Kremen, W. S. (2003). Neuropsychology in schizophrenia: an update. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(2), 149-155.
27. Keefe, R. S. y Harvey, P. D. (2012). Cognitive impairment in schizophrenia. In *Novel antischizophrenia treatments* (pp. 11-37). Springer, Berlin, Heidelberg.
28. Krabbendam, L. y Aleman, A. (2003). Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*, 169(3-4), 376-382.

29. Lozano, L. M. y Acosta, R. (2009). Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia. *Revista Med*, 17(1), 87-94.
30. Manterola, C. y Pineda, V. (2008). El valor de “p” y la “significación estadística”. Aspectos generales y su valor en la práctica clínica. Interpretation of medical statistics. *Revistas Chilena de Cirugía*, 60(1), 86-89. doi: dx.doi.org/10.4067/S0718-4026200800010001
31. Orellana, G, Slachevsky Ch, A. y Silva, J. R. (2006). Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia: Rol del córtex prefrontal. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(1), 39-47.
32. Overall, J. E. y Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 10(3), 799-812.
33. Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo-negativo (PANSS) [Validation of the positive-negative syndrome scale (PANSS)]. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22(4), 171-177.
34. Pfammatter, M. Junghan, U.M. y Brenner, H.D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 64-80.
35. Roder, V., Brenner, H. D., Kienzle, N. y Fuentes, I. (2007). *Terapia Psicológica Integrada para la esquizofrenia (IPT)*. Alboran Editores.
36. Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T. y Brenner, H. D. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?. *Schizophrenia bulletin*, 32(suppl\_1), S81-S93.
37. Roder, V., Mueller, D.R. y Schmidt, S. (2011). Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: a research update. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 71-S79.

38. Rodríguez-Blanco, L., Lubrini, G., Vidal-Mariño, C. y Ríos-Lago, M. (2017). Eficacia de la rehabilitación cognitiva de la atención, funciones ejecutivas y memoria operativa en los trastornos psicóticos. Revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(4), 167-178.
39. Ruiz Iriondo, M. (2017). *Rehabilitación psicológica integrada en la esquizofrenia crónica*. (Tesis Doctoral, Universidad del País Vasco). Recuperado de: [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/26140/TESIS\\_RUIZ\\_IRIONDO\\_MARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/26140/TESIS_RUIZ_IRIONDO_MARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
40. Sánchez, R., Téllez, G. y Jaramillo, L. (2012). Edad de inicio de los síntomas y sexo en pacientes con trastorno del espectro esquizofrénico. *Biomédica*, 32(2), 206-13.
41. Tomás, P. (2009). *Funcionamiento cognitivo en la esquizofrenia*. (Tesis Doctoral, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valencia). Recuperado de: <https://www.tdx.cat/handle/10803/10170#page=250>
42. Úbeda Prieto, A. (2018). *Aplicación del programa de Terapia Psicológica Integrada a personas con diversidad funcional*. (Trabajo Final de Máster. Universidad Miguel Hernández, Elche). Recuperado de: <http://193.147.134.18/bitstream/11000/5700/6/Ubeda%20Prieto%20Arturo%20TFM.pdf>
43. Vallina Fernández, Ó. y Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*.
44. Vargas, M. L. (2007). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Rehabilitación Orientada a Cognits. *Rehabilitación*, 7(2), 127-134.

45. Vázquez, A. M. y Jiménez, R. G. B. (2000). Social functioning scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 93(3), 247-256.
46. Velligan, D.I., Kern, R.S. y Gold, J.M. (2006). Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 474-485
47. Wechsler, D. (1999). *WAIS-III Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos*. Madrid: TEA Ediciones.
48. Zimmer, M., Duncan, A. V., Laitano, D., Ferreira, E. E. y Belmonte-de-Abreu, P. (2007). A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(2), 140-147.

## **ANEXOS:**

**Anexo 1: Escala de Inteligencia Weschler para adultos, 3ra edición-Wechsler adult intelligence scale-third Edition (WAIS-III) (Weschler, 1999).**



**Anexo 2: Escala Breve de evaluación Psiquiátrica-Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), (Overall y Gorham, 1962); versión española de Peralta y Cuesta, 1994.**



Instrumento de evaluación nº 7 de la publicación “Detección e intervención temprana en las psicosis”. Servicio Andaluz de Salud, 2010.



Escala breve de Evaluación Psiquiátrica  
**Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)**

Versión extraída de:

Martínez Azumendi, O. Psiquiatría en la comunidad y neurolepticos de acción prolongada. Bilbao: OME-AEN. Colección Prometeo, 2004. En red: <http://www.ome-aen.org/OMEDITORIAL/2004/Pdfs/EscalaBPRS.pdf>

Versión original

Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep. 1962; 10: 799-812

Nombre..... Historia.....

Evaluador/a..... Fecha.....

Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

	No presente	Muy leve	Leve	Moderado	Moderado grave	Grave	Muy grave	No evaluado
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7	9
2. Ansiedad psíquica	1	2	3	4	5	6	7	9
3. Aislamiento emocional	1	2	3	4	5	6	7	9
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	1	2	3	4	5	6	7	9
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7	9
6. Tensión. Ansiedad somática	1	2	3	4	5	6	7	9
7. Manierismo y posturas extrañas	1	2	3	4	5	6	7	9
8. Grandeza	1	2	3	4	5	6	7	9
9. Humor depresivo	1	2	3	4	5	6	7	9
10. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	9
11. Susplicacia	1	2	3	4	5	6	7	9
12. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7	9
13. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7	9
14. Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7	9
15. Contenido inusual del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7	9
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7	9
17. Excitación	1	2	3	4	5	6	7	9
18. Desorientación y confusión	1	2	3	4	5	6	7	9

Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18):.....

Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):.....

(No sumar los "9") TOTAL: .....

**Anexo 3: Escala de Funcionamiento Social- Social Functioning Scale (SFS) (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990); versión abreviada y adaptada al castellano de Vázquez y Jiménez, 2000.**



Instrumento de evaluación nº 15 de la publicación “Detección e intervención temprana en las psicosis”. Servicio Andaluz de Salud, 2010.



## Escala de funcionamiento social Social functioning scale (SFS) (Versión heteroaplicada)

Versión adaptada :

Vazquez AJ, Jiménez R. Social Functioning Scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 2000, 93:247-256

Versión original:

Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British journal of psychiatry*. 1990;157:853-859.

## Cuestionario: SFS (Versión heteroaplicada)

Nombre de la/el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Familiar que contesta el cuestionario: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Este cuestionario nos ayudará a conocer cómo ha estado su familiar en los últimos tres meses. Se tarda aproximadamente unos 20 minutos en completar el cuestionario. Antes de empezar, por favor, responda a las siguientes preguntas:**

D. En los **TRES ULTIMOS MESES** su familiar ha estado:

Mejor de lo habitual  Más o menos como siempre  Peor de lo habitual

### - AIS -

**1. ¿A qué hora se levanta el/ella habitualmente?**

**Entre semana**

Antes de las 9  Entre 9 y 11  Entre 11 y 1 de mediodía  Después de la 1

**Fines de semana**

Antes de las 9  de Entre 9 y 11  Entre 11 y 1 de mediodía  Después la 1

**¿Cuántas horas pasa solo/a al cabo del día ? (por ejemplo solo/a en la habitación, de paseo solo/a , escuchando la radio o viendo la televisión solo/a)**

De 0 a 3 horas Pasa muy poco tiempo solo/a .....

De 3 a 6 horas Algún tiempo solo/a.....

De 6 a 9 horas Bastante tiempo solo/a .....

De 9 a 12 horas Mucho tiempo solo/a.....

12 o más horas Prácticamente todo el tiempo .....

**¿Con qué frecuencia el/ella empieza una conversación en casa?**

Casi nunca  Pocas veces  Algunas veces

Frecuentemente

**¿Con qué frecuencia sale de casa (por cualquier motivo)?**

Casi nunca  Pocas veces  Algunas veces

Frecuentemente

**¿Cómo reacciona a la presencia de extraños?**

Los evita  Se pone nervioso/a  Los acepta  Le agradan



**- COM -**

**1. ¿Cuántos amigos/as tiene el/ella en la actualidad? (personas con las que se ve, sale de paseo o con las que realiza algunas actividades)**

Número aproximado =

**2. ¿Tiene novio/a o pareja estable?**

Si  No

**3. ¿Con qué frecuencia se puede mantener con el/ella una conversación sensata o juiciosa?**

Casi nunca  Pocas veces  Algunas veces  Frecuentemente

**4. ¿Cuanto dificultad (o facilidad) tiene el/ella para hablar con la gente en la actualidad?**

Mucha facilidad  Alguna facilidad  Una cosa media  Alguna dificultad  Mucha dificultad

**5. ¿Cuenta el/ella con alguien con quien le resulte fácil hablar de sus sentimientos y sus dificultades?**

Si  No

**6. ¿Con qué frecuencia confía el/ella en esas personas y les habla de las cosas que (a el/ella) le preocupan?**

Casi nunca  Pocas veces  Algunas veces  Frecuentemente

**7. ¿Los demás hablan de sus problemas con el/ella?**

Casi nunca  Pocas veces  Algunas veces  Frecuentemente

**8. ¿Ha tenido el/ella recientemente alguna riña o discusión con amigos, familiares o vecinos?**

Ninguna  Una o dos menores  Bastantes discusiones menores o una fuerte  Muchas discusiones fuertes

**9. ¿Se siente el/ella incómodo/a cuando se encuentra en un grupo de personas?**

Casi nunca  Pocas veces  Algunas veces  Frecuentemente

**10. ¿Prefiere el/ella pasar el tiempo a solas?**

Frecuentemente  Algunas veces  Pocas veces  Casi nunca

Por favor haga una señal en la casilla que corresponda indicando con **qué frecuencia** el/ella **ha realizado** las siguientes actividades en los **últimos tres meses**.

- AE -	NINGUNA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUEN- TEMENTE
1. Comprar cosas en la tienda (sin ayuda de nadie)				
2. Fregar cacharros, limpiar, ordenar, etc.				
3. Asearse, bañarse				
4. Lavar su propia ropa				
5. Buscar un trabajo (si está desempleado/a)				
6. Hacer la compra de la comida				
7. Preparar y cocinar la comida				
8. Salir de casa solo/a				
9. Utilizar el autobús, el tren, etc.				
10. Manejar el dinero				
11. Presupuestar y organizar sus gastos				
12. Elegir y comprar su propia ropa				
13. Cuidar su apariencia personal				

Por favor coloque una marca en la columna apropiada para indicar con **qué frecuencia** el/ella ha realizado cada una de las siguientes actividades en los **últimos tres meses**.

- O -	NINGUNA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUEN- TEMENTE
1. Tocar instrumentos musicales				
2. Coser, hacer punto				
3. Jardinería				
4. Leer				
5. Ver la televisión				
6. Escuchar radio o discos				
7. Cocinar				
8. Manualidades, bricolage o construcciones del tipo de "Hágalo Vd. mismo/a"				
9. Reparar cosas (coche, bicicleta, objetos de la casa, etc.)				
10. Pasear, callejear				
11. Conducir coche/moto o montar en bicicleta (como distracción)				
12. Nadar				
13. Hacer colecciones de objetos, monedas, etc.				
14. Ir de compras				
15. Actividades artísticas (pintar, artesanía, etc.)				
16. Utilizar Internet				
17. Comunicarse con otras personas por Internet				

**¿Alguna otra actividad de ocio o distracción que el/ella realice?**

Escríbalas a continuación y señale con qué frecuencia.


Por favor, ponga una marca en la columna adecuada para indicar con **qué frecuencia** el/ella **ha participado** en cada una de las siguientes actividades en los **últimos tres meses**.

- PRO -	NINGUNA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Ir al cine				
2. Ir al teatro o a conciertos				
3. Ver deportes de sala (pin-pon, fútbolín, etc.)				
4. Ver deportes al aire libre (fútbol, tenis,..)				
5. Ir a galerías de arte o museos				
6. Ir a exposiciones				
7. Visitar lugares de interés				
8. Ir a conferencias o reuniones				
9. Ir a clases (inglés, música, u otras)				
10. Visitar a familiares en sus casas				
11. Recibir visitas de familiares				
12. Visitar amigos/as (incluyendo a novio/a)				
13. Ir a fiestas				
14. Asistir a bodas, bautizos, u otras reuniones familiares				
15. Ir a discotecas				
16. Ir a algún club social				
17. Practicar deporte de sala (pin-pon, billar, etc.)				
18. Practicar deporte al aire libre (fútbol, tenis, etc.)				
19. Participar en alguna organización cultural o política				
20. Ir a bares o pubs				
21. Salir a comer o cenar				
22. Actividades de la iglesia (hermandad, catequesis u otras)				

Por favor, haga una marca en cada uno de los apartados indicando **cómo el/ella PUEDE DESENVOLVERSE** en las siguientes actividades:

RECUERDE QUE EN ESTA PÁGINA LO QUE INTERESA ES **SI SABE HACER ESTAS COSAS (NO IMPORTA SI LAS HA HECHO O NO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES)**.

- AC -	ADECUADAMENTE,	NECESITA	ES INCAPAZ
1. Utilizar los transportes públicos			
2. Manejar el dinero (conocer las monedas, los cambios)			
3. Presupuestar y organizar sus gastos			
4. Cocinar su propia comida			
5. Hacer la compra semanal			
6. Buscar un trabajo			
7. Lavar su ropa			
8. Mantener su higiene personal			
9. Fregar, ordenar, limpiar, etc.			
10. Comprar en las tiendas			
11. Salir de casa solo/a			
12. Elegir y comprar la ropa			
13. Cuidar su apariencia personal			

- E -

¿Tiene el/ella un empleo regular? SI  NO

**Si ha contestado SI**

¿Qué tipo de trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas trabaja el/ella cada día? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva en este trabajo? \_\_\_\_\_

**Si ha contestado NO**

¿Cuándo estuvo empleado/a por última vez? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo fue? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día? \_\_\_\_\_

¿Cree usted que el/ella es capaz de realizar algún tipo de trabajo?

Seguro que si  Tendría dificultades  Seguro que no

¿Con qué frecuencia el/ella intenta encontrar algún trabajo? (va al INEM, busca en los periódicos, pregunta, etc.)

Casi nunca  Pocas veces  Algunas veces

Frecuentemente

¿Está el/ella reconocido/a como incapacitado/a a nivel laboral?.....SI

NO

¿Tiene algún reconocimiento oficial de minusvalía ?.....SI

NO

¿Es estudiante? .....SI

NO

¿Es ama/o de casa?..... SI

NO

¿Participa en algún curso de formación laboral o rehabilitación?.....SI

NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ASEGÚRESE DE NO HABER DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. EN CASO DE DUDA CONSULTE CON EL PERSONAL DEL CENTRO**

*Versión original: Birchwood, et al (1990);  
Versión adaptada: Vazquez y Jimenez (2000)*

**Anexo 4: Dictamen favorable Comité de Valoración Institucional del Hospital General Universitario de Elda.**



Departamento de Elda

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)  
 DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA  
 Ctra. Elda-Sax, s/n. 03600-Elda. <http://www.elda.san.gva.es>  
 Tfno: 96 698 9019 Fax: 96 697 5148. email: ceic\_helda@gva.es

**Comité de Valoración Institucional del Hospital General Universitario de Elda**  
 Institutional Review Board of Elda General University Hospital

Fecha Date	25/11/2019
---------------	------------

Número Protocolo Estudio Clínico Clinical Study Protocol Number	ITP
--	-----

Investigador Principal Principal Investigator	Dña. Jéssica Muñoz Mendiola
--	-----------------------------

Departamento Department	Estudiante de máster de psicología de la U. M. H.
----------------------------	---

Título del Proyecto Project Title	APLICACIÓN DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN UN CENTRO ESPECÍFICO DE ENFERMOS MENTALES. EFFECTIVENESS OF COGNITIVE REHABILITATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: APPLICATION OF THE COGNITIVE DIFFERENTIATION SUBPROGRAM OF INTEGRATED PSYCHOLOGICAL THERAPY (IPT).
--------------------------------------	--

**CERTIFICA /CERTIFIES**

Que el estudio arriba indicado, habiendo completado satisfactoriamente todos los requerimientos impuestos por las autoridades de este País, incluyendo los de la Declaración de Helsinki (AMM, 2008) y las Normas de Buena Práctica Clínica de la Unión Europea,

That the above study, having successfully completed all the requirements imposed by the authorities of this Country, including those of the Declaration of Helsinki (WMA, 2008) and Norms of Good Clinical Practice of the European Union,

fue APROBADO por este CEIm  
 was APPROVED by this IRB

en (fecha) on (date)	25/11/2019
-------------------------	------------

y efectivo hasta (fecha) and effective until (date)	30/11/2021
--	------------



Dr. Alejandro Lizaso Utrilla.  
 Presidente [President]  
 CEIm Hospital G. U. Elda [IRB Elda G. U. Hospital]

**Anexo 5: Hoja informativa**

## **HOJA INFORMATIVA**

### **Estudio: Efectividad del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la Terapia Psicológica Integrada (IPT) en pacientes con esquizofrenia**

#### **1. Introducción**

La principal intención de este documento es que usted reciba la información correcta y suficiente, para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio (o de su custodiado, en caso de ser su representante legal). Para ello, lea con atención esta hoja informativa y pregunte todas las dudas que le puedan surgir mientras ojea este documento.

#### **2. Participación**

Debe saber que la participación en este estudio es voluntaria y que puede retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello altere la relación entre la investigadora o profesionales del centro y el participante. En el caso de que usted decida retirar el consentimiento para participar en este estudio (ya sea por parte del participante como del representante legal), ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y puede exigir la destrucción de todos los datos obtenidos.

#### **3. Descripción general del estudio.**

La aplicación de este proyecto de investigación viene justificada porque la esquizofrenia perjudica significativamente el funcionamiento cognitivo del individuo que la padece. La necesidad y relevancia de abordar estas alteraciones se debe a que estas inciden directamente en elementos clave para la recuperación y funcionalidad de la persona como la estabilidad sintomática y el adecuado funcionamiento social.

Por tanto, el objetivo principal del presente estudio será comprobar la efectividad del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT de Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes (2007). Dicho de otro modo, se pretende verificar que la aplicación del subprograma aumenta las habilidades cognitivas y que estas repercuten positivamente en el estado sintomatológico y funcionamiento social de las personas con esquizofrenia.

La investigación la realizará la Psicóloga con nº de colegiación CV15236 y alumna del Máster de Psicología General Sanitario de la Universidad Miguel Hernández, Jessica Muñoz Mendiola, bajo la supervisión de su tutora académica la Dra. Olga Pellicer Porcar.

La aplicación del subprograma se realizará de manera grupal, concretamente dirigido a 6 participantes. Normalmente la temporalización de las sesiones será de dos sesiones semanales, aunque en algunas ocasiones podrá variar dependiendo de factores externos como la capacidad de tolerancia al esfuerzo, carga de trabajo, fatiga, motivación etc. La duración de una sesión variará entre 30 y 90 minutos. La duración total del subprograma de Diferenciación Cognitiva se estima de tres meses (octubre a diciembre).

Respecto a las responsabilidades de los sujetos, bastará con el consentimiento informado firmado, mantener el cumplimiento de las propias normas que tiene el centro, compromiso y seguimiento con la realización del subprograma.

A lo largo del estudio, se llevarán a cabo dos evaluaciones, una previa a la intervención y otra posterior a esta para poder así valorar los resultados de la aplicación del subprograma. Esta evaluación consistirá en la administración de la Escala de Inteligencia Weschler para adultos, 3ra edición, la Escala Breve de evaluación Psiquiátrica y Escala de Funcionamiento Social para medir las variables de interés (habilidades cognitivas, estado psicopatológico y funcionamiento social).

#### **4. Beneficios y riesgos derivados de la participación en el estudio**

Los beneficios esperados tras la aplicación del subprograma de Diferenciación Cognitiva, es la mejora cognitiva y que esta repercuta positivamente en el estado clínico y social de los



participantes del estudio. Respecto a los posibles inconvenientes de la participación en este estudio, no se prevé que haya ningún riesgo. La ubicación dónde se va a aplicar el estudio será en el Centro Específico de Enfermos Mentales (CEEM) de Elda, en el mismo horario y lugar que tienen los usuarios para la realización de talleres.

### **5. Confidencialidad y protección de datos personales**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá contactar con la psicóloga que realiza el estudio o el equipo de psicólogos del CEEM de Elda.

La identidad de los voluntarios no será revelada. El acceso a la información personal quedará restringido: a la Psicóloga que realiza el estudio y al Equipo de profesionales del CEEM de Elda. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, para que no se pueda relacionar dichos datos con usted (o con su custodiado, en caso de ser su representante legal) ni con su historial clínico. Además, los datos recogidos permanecerán custodiados en el CEEM de Elda; teniendo usted derecho a conocerlos y transmitirlos a sus familiares, si así lo desea.

Solo se transmitirán a terceros los datos recogidos del estudio para fines de investigación y en ningún caso, se recalca, contendrán información que le pueda identificar directamente (como: nombre y apellidos, iniciales, nº de la seguridad social, etc.) garantizando así la confidencialidad y protección de la legislación vigente.

### **6. Compensación económica**

El participante en este estudio no percibirá ninguna compensación económica por su colaboración. No obstante, el tiempo dedicado al mismo, podría ser una fuente de beneficios que revierta en el bienestar psicológico del participante.

### **7. Otros datos relevantes**

Sepa usted que este estudio ha obtenido el visto bueno de la dirección del CEEM de Elda para su puesta en marcha.

Por otra parte, los voluntarios no tendrán que abonar ningún gasto. Dado que este estudio no tiene una finalidad lucrativa, sino más bien altruista, el presupuesto (medios y materiales) será proporcionado por el CEEM de Elda para la realización de este proyecto; y en el caso de que surja cualquier gasto imprevisto correrá a cargo de la investigadora.

Debe saber usted que puede ser excluido del estudio si la investigadora del estudio lo considera oportuno, ya sea por motivos de seguridad, o por cualquier otro acontecimiento adverso que se pueda producir en el estudio. En cualquier caso, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Todos los usuarios que van a participar deberán realizar el consentimiento informado. Excepto, los usuarios que estén incapacitados legalmente, en ese caso se deberá obtener el consentimiento informado firmado por parte de su tutor/a-representante legal. Uno de los requisitos para obtener el consentimiento, implica la entrega de esta hoja de información.

Yo, D./Dña. (nombre y apellidos) .....como usuario/a  
(o tutor/representante legal del usuario/a, D./Dña.  
.....), con DNI nº .....

DECLARO: Que la investigadora de este estudio y psicóloga Jessica Muñoz Mendiola con DNI: 45931202H y con relación a esta hoja informativa:

- Me ha entregado este documento.

- Me ha explicado este documento.
- Me ha resuelto todas las dudas planteadas.
- He entendido este documento.
- Acepto participar en este estudio.

En....., a..... de..... de.....

Firma del paciente o representante legal  
 Fdo.: .....  
 (Nombre y apellidos)

Firma de la investigadora  
 Fdo.: .....  
 (Nombre y apellidos)

(Este documento se firmará por duplicado, quedándose una la investigadora, y otro para el paciente o el representante legal, en su caso).

**Anexo 6: Consentimiento informado.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Estudio: Efectividad del subprograma de Diferenciación Cognitiva de la IPT en pacientes con esquizofrenia**

**RESPECTO AL INVESTIGADOR**

La investigadora de este estudio, la Psicóloga Jessica Muñoz Mendiola, con DNI:45931202H va a ser la encargada de realizar este proyecto de investigación. Dando constancia en este documento, comprende respecto al participante:

- Que su implicación es voluntaria.
- Que puede retirarse del estudio:
  1. Cuando él/ella quiera.
  2. Sin tener que dar explicaciones.
  3. Sin que esta situación repercuta en otros ámbitos.

**RESPECTO AL PARTICIPANTE**

Yo, D./Dña. (nombre y apellidos) ..... con DNI nº ..... en calidad de (participante/representante legal)....., con relación al estudio arriba indicado:

- Se me ha propuesto participar en este estudio.
- He leído y estoy conforme, con la hoja de información que se me ha entregado.

- He podido hacer todas las preguntas y dudas pertinentes sobre las características del estudio.
- He recibido suficiente información, se me ha respondido convenientemente, he comprendido el objetivo y condiciones de este estudio.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio, dando mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos, en las condiciones detalladas en la hoja de información; por medio de mi firma fechada en este documento.

En ....., a ..... de ..... de .....

Firma del paciente o representante legal

Fdo.: .....

(Nombre y apellidos)

Firma de la investigadora

Fdo.: .....

(Nombre y apellidos)

(Este documento se firmará por duplicado, quedándose una la investigadora, y otro para el paciente o el representante legal, en su caso).