

INTERVENCIÓN GRUPAL DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA JÓVENES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS*

*GROUP INTERVENTION BY COGNITIVE STIMULATION
OF YOUNGSTERS WITH FIRST PSYCHOTIC EPISODES*

Margarita Loubat O.**
Ángela Cifuentes
Paula Peralta

Universidad de Santiago de Chile

Recibido 22 de enero 2013/Received January 22, 2013
Aceptado 6 de mayo 2013/Accepted May 6, 2013

RESUMEN

Se evalúa un programa piloto de estimulación cognitiva de 12 sesiones semanales para pacientes con primeros episodios psicóticos y se analiza si ello incide en la calidad de vida de los pacientes. Estudio explicativo, sobre la base de un diseño preexperimental, con medidas pre y post-intervención, con análisis en un grupo. Muestra intencionada de nueve sujetos, cuyas edades fluctúan entre 19 y 23 años. Los resultados señalan cambios estadísticamente significativos en las mediciones post intervención respecto de la atención, memoria y función ejecutiva de los pacientes, como así mismo, de la percepción subjetiva de su calidad de vida. Se concluye en la necesidad de realizar un estudio de mayor envergadura, en base al programa, a fin de contribuir al proceso de rehabilitación cognitiva y a la calidad de vida percibida de pacientes en etapas precoces del desarrollo de la esquizofrenia.

Palabras Clave: Primeros Episodios Psicóticos, Estimulación Cognitiva, Calidad de Vida.

ABSTRACT

A pilot program of cognitive stimulation of patients with first psychotic episodes involving 12 weekly sessions is evaluated, then it is seen whether this has an incidence on the quality of life of the patients is examined. This is an explicative study based on a pre-experimental design, with pre- and post-intervention measures and group analysis. It is a purposive sample with nine subjects aged between 19 and 23 years. The results

* Este estudio fue financiado en el marco del proyecto DICYT N° 031393LO, de la Dirección de Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad de Santiago de Chile y efectuado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes C.

** Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile. Avda. Ecuador 3650. Estación Central. Santiago. Chile. E-mail: margarita.loubat@usach.cl

show statistically significant changes in the post-intervention measurements with respect to attention, memory and executive function of the patients, as well as on the subjective perception of their quality of life. It is concluded that a more extensive study needs to be made, based on the program, in order to contribute to the cognitive rehabilitation process and to the perceived quality of life of patients in early development stages of schizophrenia.

Key Words: *First Psychotic Episodes, Cognitive Stimulation, Quality of Life.*

INTRODUCCIÓN

Se implementa y se evalúa una intervención grupal piloto de estimulación cognitiva –focalizada en la atención, memoria y funciones ejecutivas– orientada a jóvenes víctimas de primeros episodios psicóticos y se estima que ello, consecuentemente, irá en beneficio de su calidad de vida.

La esquizofrenia tiene, en Chile, una prevalencia de 1,4 a 4,6 personas por cada mil habitantes, siendo la incidencia de 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año. Esta y otras psicosis son responsables del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile. Considerando estos datos de incidencia y prevalencia, entre otros datos de interés, se creó un programa denominado Guía Clínica para el Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia (MINSAL, 2009). Mediante esa guía clínica para el tratamiento se pasó a garantizar, por parte del Estado, la evaluación y diagnóstico del cuadro, el tratamiento biológico, la atención médica, psicológica, la psicoeducación del paciente y de su familia. No obstante, falta incorporar una intervención respecto del deterioro cognitivo que la patología conlleva. El estudio que se presenta es un estudio piloto, está en el marco de una investigación de mayor envergadura, respecto del deterioro cognitivo de pacientes víctimas de primeros episodios psicóticos, a fin de proveer de insumos que aporten en el tratamiento integral de esos jóvenes.

Considerando que la etapa de desarrollo de la patología es un elemento fundamental a tomar en cuenta para la realización de intervenciones terapéuticas, se estima –según la evidencia– que los mayores esfuerzos en el tratamiento de la esquizofrenia, se deben efectuar al inicio del trastorno a fin de evitar su despliegue amplio. La hipótesis relacionada con la existencia de un período crítico y determinante para la evolución del cuadro, que se ubica poco antes del primer episodio y tres a cinco años posteriores al mismo¹, reviste mucha relevancia al respecto. Se agrega, que según McGorry, Killackey & Yung (2007) es en esa etapa del desarrollo del trastorno cuando se producirían cambios significativos tanto a nivel neurobiológico como psicosocial, lo cual determinaría el curso futuro de la enfermedad. Esta hipótesis promueve a fortalecer al joven afectado desde los primeros episodios y de manera integral; incorporando en los planes de tratamiento

¹ Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*. 172 (33) 53-59.

un programa de estimulación cognitiva, con el propósito de evitar el despliegue amplio de la patología, el deterioro y mantener un funcionamiento mental que luche en contra de la desvinculación social, fortalezca la autonomía del paciente y evite su discapacidad.

Cerca del 85% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia experimenta algún grado de deterioro cognitivo, presentando desviaciones estándar entre uno y tres, bajo el promedio de la población general². Los déficits cognitivos son considerados parte central del desarrollo de la esquizofrenia y los estudios con pacientes con primeros episodios psicóticos y esquizofrenia han localizado el deterioro en todas las áreas de la cognición. Específicamente, el trastorno impacta la atención, memoria y funcionamiento ejecutivo³. Se ha observado que las alteraciones en la atención y en la memoria inciden en la función ejecutiva, lo que a su vez repercute en el afrontamiento cotidiano interpersonal, dejando al sujeto más vulnerable a estrés social⁴. Los estudios indican que las alteraciones cognitivas están presentes incluso antes del primer diagnóstico, es decir, como parte del pródromo, y que estas tienden a mejorar o mantenerse invariables al estabilizarse la situación clínica, para posteriormente aumentar el deterioro con las recaídas y el paso de los años⁵.

Estos déficits también inciden en el mal pronóstico de la enfermedad⁶. Asimismo, se ha observado que repercuten en la dificultad para desarrollar habilidades de afrontamiento interpersonal, dejando al sujeto más vulnerable al estrés social (Brenner, 1992b c.p. Cavieres & Valdebenito, 2005).

Para la confección del programa piloto se revisaron estudios que según Penadés, Borget, Catalán, Gastó & Salamero (2002); Elías Abadías, Chesa, Izquierdo, Fernández & Sitjas (2003); De la Higuera & Sagastagoitia (2006), han generado el mayor número de investigaciones que demuestran que las deficiencias cognitivas son posibles de tratar. Estos programas son:

- a. Integriertes Psychologisches Therapieprogramm o Terapia Integrada de la Esquizofrenia (IPT) de Brenner, Hodel, Roder & Corrigan (1992). Donde, en modalidad grupal, se trabaja tanto los déficits cognitivos como el comportamiento social deficitario.
- b. The Frontal-Executive Program (F/E) de Delahunty & Morice (1994). Programa de formato individual se emplea en función de los déficits específicos que presente cada paciente y se focaliza en las funciones frontales-ejecutivas.

² Cavieres, A. & Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43 (2), 97-108.

³ Ver Cuesta, M. J., Peralta, V. & Zarzuela, A. (2000); Gold, J. (2004); Kurtz MM. (2005); Barrera, A. (2006); De la Higuera, J. & Sagastagoitia, E. (2006).

⁴ Cavieres & Valdebenito, 2005.

⁵ Palma, C., Cañete, J. Farriols, N., Soler, F. & Julià, J. (2005); Ojeda, N., Sánchez, T., Elizagárate, E., Llöllled, A. Ezcurra, *et al.* (2007); Haro, J. M., Ciudad, A., Alonso, J., Bousoño, M., Suárez, D., *et al.* (2008); Elsayy, H., El-Hay, M. A. & Badawy, A. (2010).

⁶ Cano, J. F., Fierro-Urresta, M., Vanegas, C. R. Alzate, M., Olarte, A., *et al.* (2007); Palma, C., Cañete, J. Farriols, N., Soler, F. & Julià, J. (2005).

- c. Cognitive Remediation Therapy (CRT) de Wykes, Reeder, Corner, Williams & Everitt (1999). Programa con abordaje individual, se orienta por una evaluación neuropsicológica inicial de las alteraciones a partir de la cual se desarrolla el plan de tratamiento. Consta de ejercicios de papel y lápiz, organizados desde niveles básicos hasta complejos, manejados por el terapeuta en función del ritmo de avance del sujeto.
- d. Cognitive Enhancement Therapy (CET) de Hogarty & Flesher (1999). Programa con formato en parejas y con *softwares* específicos. Enfatiza el entrenamiento atencional y las estrategias de memoria.

El proceso de rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia, desde los primeros episodios psicóticos y considerando un tratamiento integral del afectado, parece fundamental; sin embargo, el trastorno cognitivo que la patología conlleva, el cual puede incidir en la calidad de vida de los pacientes, en la adherencia al plan de tratamiento, entre otros, continúa siendo un desafío para los equipos de trabajo debido a la escasa sistematización de intervenciones eficaces y aplicables en el contexto de la salud pública. Bajo esa premisa, en este estudio piloto se plantea la hipótesis de que el programa construido generará diferencias significativas en el funcionamiento neuropsicológico asociado a los dominios específicos estudiados: atención, memoria y función ejecutiva, lo cual incidirá en la calidad de vida de pacientes con PEP.

MÉTODO

Estudio explicativo, en base a un diseño preexperimental, con medidas pre y post-intervención, con análisis en un solo grupo⁷.

Inicialmente el estudio contaba con un grupo control, el cual recibiría la intervención con posterioridad, pero la presión por parte de la familia de los pacientes obligó a modificar el diseño y derivar a esos pacientes con el fin de que se les aplicara otra intervención. No obstante, los sujetos participantes fueron su propio control, mediante las medidas pre y post intervención.

PARTICIPANTES

Corresponde a un muestreo no probabilístico de muestra intencionada, de nueve jóvenes entre 19 y 23 años, con estabilización del trastorno y en tratamiento ambulatorio con antipsicóticos; sin retardo mental ni comorbilidad psiquiátrica y con un cuadro inferior a cuatro años de evolución. El diagnóstico fue efectuado por el médico

⁷ Hernández-Pina, F. (1998) y Alto, M. & Vallejo, G. (2007).

tratante en el marco del programa *Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia*, de la salud pública chilena (Minsal, 2009). El nivel socioeconómico es bajo y medio bajo. Hubo gratificaciones especiales: se reembolsa el transporte a los pacientes y a un familiar responsable.

INSTRUMENTOS

Son variables dependientes, medidas pre y post-intervención, las siguientes: Subpruebas del test de *Evaluación Neuropsicológica Breve en Español* (Neuropsi)⁸, estandarizado en población hispanohablante monolingüe (1995). Subpruebas de la *Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos* (WAIS)⁹ (Wechsler, 1955). El *Test de Stroop* (Stroop, 1935). El *Trail Making Test (Forma A y B)* (Reitan, 1958). Las pruebas neuropsicológicas utilizadas y la función cognitiva evaluada se aprecia en la Tabla 1.

Tabla 1

Pruebas neuropsicológicas y funciones cognitivas evaluadas

Función cognitiva	Prueba neuropsicológica
ATENCIÓN	
Atención Sostenida	Detección visual (NEUROPSI)
Atención Selectiva	Símbolos (WAIS)
MEMORIA VERBAL	
Memoria de Corto Plazo	Memoria de Evocación Inmediata (NEUROPSI)
Memoria de Largo Plazo	Memoria de Evocación Retardada (NEUROPSI)
	Memoria por Claves (NEUROPSI)
	Memoria de Reconocimiento (NEUROPSI)
FUNCIONES EJECUTIVAS	
Fluencia Verbal	Fluencia Verbal Semántica (NEUROPSI)
	Fluencia Verbal Fonológica (NEUROPSI)
Control Inhibitorio	Test de Stroop
Velocidad de Procesamiento Visual	Trail Making Test parte A
Flexibilidad cognitiva	Trail Making Test parte B
Memoria de Trabajo Verbal	Span dígitos Orden Directo (WAIS)
	Span dígitos Orden Inverso (WAIS)

Fuente: Elaboración propia.

También es variable dependiente, medida pre y post-intervención, la evaluación de la calidad de vida de los pacientes, para lo cual se utilizó el *Cuestionario para*

⁸ Ostrosky-Solís, F., Ardila, A. & Rosselli, M. (1999). NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and education level. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5 (5), 413-33.

⁹ Versión en español (1995), adaptado en Chile (1960).

medir Calidad de Vida en pacientes esquizofrénicos, validado en Chile por Núñez, Acuña, Rojas & Vogel (2007).

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se hizo mediante el *software* estadístico SPSS.16 para Windows. Las herramientas usadas fueron de nivel descriptivo y correlacional: medidas de tendencia central, variabilidad y distribuciones de frecuencias. Además se realizó el análisis de normalidad de las variables, a través de la prueba K-S. Por otra parte, se utilizó la Prueba Paramétrica T de Student (para aquellas variables que arrojaron normalidad) y las pruebas No Paramétricas como Wilcoxon & Mann Whitney, a fin de analizar la significancia de los datos obtenidos pre y post-intervención y determinar la efectividad de la intervención.

PROCEDIMIENTO

Se seleccionó la muestra, se realizó una entrevista individual motivacional y se aplicó el consentimiento informado al cuidador responsable y al paciente. Se administraron las prepruebas. Posteriormente se aplicó la intervención, la cual tuvo una duración de 12 sesiones, una semanal, de dos horas de duración, con formato semidirigido. Finalizada la intervención se aplicaron las post-pruebas.

Los objetivos de la intervención fueron fortalecer la atención, memoria y función ejecutiva. Se contempló, además, generar un clima de respeto y confianza que permitiese facilitar la participación y el aprendizaje mutuo, y a su vez transformarse en un espacio de contención terapéutica, propiciando un lugar de reconocimiento de los propios pacientes como sujetos activos en su tratamiento. Tal como señalado, el diseño de las sesiones y de cada actividad se realizó en base a la revisión de los programas de rehabilitación cognitiva mencionados, llevando a cabo la adaptación de técnicas específicas para cada función, y considerando su implementación en forma gradual en cuanto a complejidad. Para cada actividad, se consideraron las características e intereses de los propios pacientes, lo que fue recabado en la entrevista inicial motivacional. Las actividades fueron actividades interactivas, con proyección de imágenes y videos de la vida cotidiana, actividades lúdicas, resolución de problemas y confección de material didáctico simple. Respecto de las técnicas de corte cognitivo empleadas, en una primera etapa, se focalizó el trabajo en funciones atencionales, ya sea atención sostenida, selectiva y dividida, empleando técnicas como el reconocimiento de tarjetas e imágenes. Asimismo, se utilizó mnemotecnica –memorización de frases e imágenes, asociación de ideas, entre otros– con un nivel simple de implementación.

En una segunda etapa, 4ta a 7ma-8va sesión, se agregó mayor dificultad a las actividades de mnemotecnica, incorporando la formación de conceptos y técnicas de

restauración. Finalmente, en la etapa de mayor complejidad del programa se utilizaron técnicas como aprendizaje sin error, resolución de problemas, rol playing –con resolución de problemas de la vida cotidiana– y técnicas creativas (ejemplo: creación literaria mediante palabras e imágenes dadas). Cada sesión contempló técnicas de trabajo grupal simples, con el objeto de que los pacientes interactuaran, se creara un vínculo terapéutico, se sintieran acogidos, participaran activamente en la actividad y realizaran las actividades grupalmente.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los participantes del estudio son las que se aprecian en la Tabla 2. Estas fueron obtenidas en base a la revisión de fichas de los pacientes, los datos estadísticos del programa Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia y la entrevista inicial.

Tabla 2
Características Sociodemográficas y Clínicas del Grupo

Sujeto	Edad	Sexo	Ocupación	Escolaridad	Diagnóstico	Nº Hospitalizaciones
1	19	H	Ninguna	E. Media Incompleta	EQZ Catatónica Paranoide	1
2	19	H	Estudiante	E. Media Completa	EQZ Catatónica	0
3	22	M	Ninguna	E. Media Completa	EQZ Pseudoneurótica	0
4	21	H	Ninguna	E. Media Completa	EQZ Catatónica Paranoide	3
5	21	M	Ninguna	E. Media Completa	EQZ Paranoide	3
6	23	H	Ninguna	E. Media Completa	EQZ Paranoide	3
7	21	H	Ninguna	E. Superior Incompleta	EQZ Simple	0
8	23	M	Ninguna	E. Superior Incompleta	EQZ Catatónica Paranoide	0
9	23	M	Remunerada Inestable	E. Media Completa	EQZ Catatónica Paranoide	2

Fuente: Elaboración propia.

1. Resultados evaluación neuropsicológica pre y post-intervención

A continuación se entregan los resultados obtenidos respecto de la Atención, Memoria y Función Ejecutiva, en base a la batería de test aplicados (Tabla 3).

1. Atención

- Atención Sostenida: En la aplicación pre se obtuvo un promedio de 11,38 puntos y en la post un promedio de 13,78, indicando que hubo mejora de habilidades

Tabla 3
Diferencias de Medias Pre y Post-intervención

	Función cognitiva	Prueba	Diferencias de Medias	P Valor
Atención	Sostenida	Detección Visual	2.4	.069
	Selectiva	Símbolos WAIS	1.44	.012*
	De corto plazo	De Evocación	0.57	.044*
Memoria Verbal	De largo plazo	De Evocación Retardada	1.44	.021*
		Por Claves	1.78	.002*
		De Reconocimiento	0.44	.169
	Fluencia verbal	Fluencia Semántica	2.78	.060
Funciones Ejecutivas	Control Inhibitorio	Fluencia Fonológica	3.11	.002*
		Stroop SI	2.56	.05*
	Stroop Control	Stroop Control	4.33	.64
		Stroop CI	6.23	.213
		Vel. Proc. visual	TMT parte A	13.22
	Flexibilidad cognitiva	TMT parte B	47.56	.018*
	Memoria de trabajo	Span Dígitos WAIS	1.11	.03*

(*) P Valor ≤ 0.05

Fuente: Elaboración propia.

atencionales, pero la diferencia entre ambos puntajes no fue estadísticamente significativa ($p = 0,069$).

- Atención Selectiva: Se observa un promedio en la aplicación pre de 6,89, y en la post un promedio de 8,33, habiendo un cambio estadísticamente significativo ($p \leq 0.05 = 0,012$).

2. Memoria

- Memoria de corto plazo: evocación inmediata: En la aplicación pre obtuvieron un promedio de 4,81 puntos y en la post un promedio de 5,38. El cambio fue estadísticamente significativo ($p \leq 0,05 = 0,044$).
- Memoria de Largo Plazo: Se encontró un cambio estadísticamente significativo con un puntaje en la preprueba de 2,78 puntos y en la post-prueba de 4,22 ($p \leq 0,05 = 0,021$). Asimismo en Memoria por Claves se observó un cambio estadísticamente significativo entre la preprueba y la post-prueba, 3,33 y 5,11 respectivamente, con un p ($p \leq 0,05 = 0,002$). Sin embargo, en la prueba Memoria Verbal por Reconocimiento, el cambio de puntaje observado entre la preprueba (5,33) y la post-prueba (5,78) no fue estadísticamente significativo ($p = 0,169$).

3. Función Ejecutiva

Respecto de la fluencia verbal en la preprueba de Fluidez Verbal Semántica, los pacientes obtuvieron un promedio de 17,56 puntos, mientras que en la post-prueba

un promedio de 20,33, aumento que no fue estadísticamente significativo ($p = 0,060$). En la prueba de Fluidez Verbal Fonológica se observa un cambio estadísticamente significativo, entre la preprueba (9,44 puntos) y la post-prueba (12,56), con un $p \leq 0,05 = 0,002$.

En la Prueba de Stroop Sin Interferencia, los pacientes en la aplicación pre obtuvieron un promedio de 0 errores, y utilizaron 11,56 segundos en promedio; también en la post no tuvieron errores, pero emplearon en promedio 9 segundos. Considerando tiempo empleado se observa un aumento de la rapidez de ejecución estadísticamente significativo ($p \leq 0,05 = 0,050$). En la Prueba de Stroop Control, en la aplicación pre obtuvieron un promedio de 1,56 errores y utilizaron 19,89 segundos en promedio; en la post-aplicación tuvieron 0,44 errores y emplearon en promedio 15,56 segundos. Considerando número de errores y tiempo empleado se observa una leve disminución de los errores y una mayor rapidez de ejecución, pero ello no es estadísticamente significativo ($p = 0,64$ y $0,168$, respectivamente). En la Prueba de Stroop Con Interferencia, los pacientes en la aplicación pre obtuvieron un promedio de 4,89 errores y utilizaron 31,67 segundos en promedio; mientras que en la post-aplicación tuvieron 1,11 errores y emplearon en promedio 25,44 segundos. Considerando el número de errores y el tiempo empleado se observa una disminución de los errores y una mayor rapidez de ejecución, observándose solamente en la disminución de los errores un cambio estadísticamente significativo ($p \leq 0,05 = 0,018$). El aumento de la rapidez no logró ser estadísticamente significativo ($p = 0,213$).

En la Prueba Trail Making Test Forma A, los pacientes en la aplicación pre obtuvieron un promedio de tiempo de ejecución de 45,11 segundos; mientras que en la post emplearon en promedio 31,89 segundos. Esa mejoría en la rapidez de ejecución es estadísticamente significativa ($p \leq 0,05 = 0,01$). En la Prueba Trail Making Test Forma B, los pacientes en la aplicación-pre tardaron en promedio 136,56 segundos; mientras que en la aplicación post emplearon en promedio 89 segundos. Esa mejoría en la rapidez de ejecución es estadísticamente significativa ($p \leq 0,05 = 0,018$).

Memoria de Trabajo: Preaplicación obtuvieron un promedio de 7 puntos y en la post-aplicación un promedio de 8,11. Hubo un cambio estadísticamente significativo ($p \leq 0,05 = 0,030$).

2. Evaluación de la Calidad de Vida pre y post-intervención

Los resultados en la aplicación pretaller, respecto del puntaje total, promedian 3,20 puntos, lo que corresponde cualitativamente a una Mala Calidad de Vida. En cambio, al término del taller, los pacientes en promedio obtuvieron 3,65 puntos, lo que equivale a una Calidad de Vida Normal, diferencia estadísticamente significativa, con un $p \leq 0,05 = 0,017$. El Cuestionario de Calidad de Vida consta de 9 factores, observándose cambios estadísticamente significativos en: Autoeficacia, Atención Psiquiátrica y Vida Amorosa (Tabla 4).

Tabla 4*Calidad de Vida*

Factores Calidad de Vida	Diferencia de Medias	P Valor
F1: Adaptación al Entorno	0.54	0.072
F2: Bienestar General	0.54	0.061
F3: Intercambio Afectivo	0.08	0.789
F4: Autoeficacia	0.7	0.004*
F5: Atención Psiquiátrica	0.38	0.049*
F6: Hogar y Familia	0.06	0.845
F7: Vida Amorosa	1.31	0.019*
F8: Situación Económica	0.34	0.304
F9: Emancipación del Hogar/ Mundo Exterior	0.35	0.161
Total	0.48	0.017*

(*) P Valor ≤ 0.05 .

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dadas las alteraciones cognitivas asociadas a las características clínicas de los trastornos psicóticos, resulta relevante implementar estrategias de intervención tempranas que permitan disminuir el impacto de estos déficits en el funcionamiento de los pacientes. Los resultados del presente estudio dan cuenta que el programa de estimulación cognitiva aplicado fue efectivo. En efecto, se aprecia una *performance* estadísticamente significativa para las funciones cognitivas: atención selectiva; memoria de corto y largo plazo; y funciones ejecutivas. En relación con la calidad de vida de los pacientes, entre un antes y después de la intervención, se evidenciaron cambios estadísticamente significativos en los siguientes factores: sentimiento de autoeficacia, percepción de la atención psiquiátrica y vida amorosa, subrayándose que el análisis global estadístico arrojó que la percepción de la calidad de vida mejoró significativamente. ($p = 0,017$).

Estos resultados verifican la hipótesis del estudio y corroboran la relación entre las variables deterioro cognitivo y calidad de vida descritas en la literatura¹⁰. También, refuerza la relevancia de adicionar en los tratamientos habituales de los primeros episodios psicóticos programas de estimulación cognitiva, considerando que ello tiene, entre otros, un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Se concluye que la mejoría observada durante este programa piloto, apoya la iniciativa de desarrollar un estudio con grupo control y de mayor envergadura de estimulación cognitiva, considerando un número significativo de pacientes y un plan de seguimiento

¹⁰ Cavieres, A. & Valdebenito, M. (2005); Pardo, V. (2005) y Barrera, A. (2006).

a fin de conocer la perdurabilidad de los cambios cognitivos observados en pacientes con primeros episodios psicóticos y tratados en el sistema público de salud.

REFERENCIAS

- Ato, M. & Vallejo, G. (2007). *Diseños Experimentales en Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Barrera, A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44 (3), 215-221.
- Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 172 (33), 53-59.
- Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V. & Corrigan, P. (1992a). Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT): Basic assumptions, current status and future directions. In F. P. Ferrero, A. E. Haynal, & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia and affective psychoses: Nosology in contemporary psychiatry*. (pp. 201-209). London: John Libbey.
- Brenner, H.D., Hodel, B., Roder, V. & Corrigan, P.W. (1992b). Treatment of cognitive Dysfunctions and Behavioral Deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 21-26.
- Cano, J. F., Fierro-Urresta, M., Vanegas, C. R., Alzate, M., Olarte, A., Cendales R. & Córdoba R.N.(2007). Factores Pronósticos de Esquizofrenia en Primer Episodio Psicótico. *Revista Salud pública*, 9 (3), 455-464.
- Cavieres, A. & Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43 (2), 97-108.
- Cuesta, M. J., Peralta, V. & Zarzuela, A. (2000). Neuropsicología y esquizofrenia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23 (1), 51-62.
- De la Higuera, J. & Sagastagoitia, E. (2006). Rehabilitación Cognitiva en la Esquizofrenia: Estado actual y perspectivas futuras. *Revista Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 245-266.
- Delahunty, A. & Morice, R. (1994). Frontal/executive training programs for cognitive deficits. In: Fourez, J., ed. *Proceedings of the Australian Society for Brain Impairment* (pp. 1-8). Queensland, Australia: Australian Academic Press.
- Elías Abadías, M., Chesa, D., Izquierdo, E., Fernández, E. & Sitjas, M. (2003). Eficacia de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (86), 91-104.
- Elsawy, H., El-Hay, M. A., Badawy, A. (2010). Cognitive Functions in First Episode Psychosis. *Current Psychiatry*, 17 (4), 21-27.
- Elvegag, B. & Goldberg, T. (2000). Cognitive impairment in bipolar disorder. *Critical Reviews in Neurobiology*, 14 (1), 1-21.
- Gold, J. (2004). Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72 (1), 21-28.
- Haro, J. M., Ciudad, A., Alonso, J., Bousoño, M., Suárez, D., Novick, D. & Gilaberte, I. (2008). Remisión y recaída en el tratamiento ambulatorio de los pacientes con esquizofrenia. Resultados a 3 años. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (4), 187-196.
- Hernández-Pina, F. (1998). Diseños de investigación experimental. En: Buendía, L., Colás, P. y Hernández, F., (Edit.), *Métodos e Investigación en Psicopedagogía*. (pp. 91-117). Madrid: McGraw-Hill.
- Hogarty, G. E. & Flesher, S. (1999). Developmental theory for a cognitive enhancement therapy of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 25 (4), 677-692.
- Kurtz, MM. (2005). Neurocognitive impairment across the lifespan in schizophrenia: an update. *Schizophrenia Rehabilitation*, 1 (74), 15-26.

- McGorry, P. D., Killackey E. & Yung, A. R. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *The Medical Journal of Australia (MJA)*, 187 (7), 8-10.
- MINSAL (2009). *Guía Clínica para el Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Núñez., D.; Acuña, F., Rojas, G. & Vogel, E. (2007). Construcción y validación inicial de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45 (2), 148-160.
- Ojeda, N., Sánchez, T., Elizagárate, E., Llöllled, A., Ezcurra, J. Ramírez, I & Ballesteros, J. (2007). Evolución de los síntomas cognitivos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (4), 263-270.
- Ostrosky-Solís, F., Ardila, A. & Rosselli, M. (1999). NEUROPSI: a brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and education level. *J Int Neuropsychol Soc.*, 5 (5), 413-433.
- Palma, C., Cañete, J., Farriols, N., Soler, F. & Julià, J. (2005). Primeros episodios psicóticos: características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Revista Española Anales de Psicología*, 21 (2), 286-293.
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (1), 71-83.
- Penadés, R., Boget, T., Catalán, R., Gastó, C. & Salamero, M. (2002). La rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual de la cuestión. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*, 29 (6), 380-384.
- Reitan R. M. (1958). Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage. *Percept. Mot Skills*, 8 (7), 271-276.
- Stroop, JR. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18 (6), 643-662.
- Wechsler, D. (1955). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*. New York: The Psychological Corporation.
- Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., Williams, C. & Everitt, B. (1999). The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*, 25 (2), 291-307.