

REHABILITACIÓN COGNITIVA EN LOS TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

Alejandro Florit Robles

Director Centro Rehabilitación Psicosocial y Miniresidencia. Hospital Beata María Ana
Profesor Facultad de Psicología UCM

FUNDAMENTACIÓN

Al hablar de capacidades cognitivas básicas se refiere principalmente a la atención y a la memoria. Al ser la atención un pre-requisito, se dedicará un tiempo mayor a su desarrollo para después pasar a comentar algunos aspectos de la memoria.

Parece quedar demostrado que la atención es un fenómeno complejo que no permite hablar de un factor general (Kopfstein y Neale, 1971). Aunque los diferentes modelos teóricos plantean diversas manifestaciones atencionales, es interesante utilizar el modelo utilizado por Sohlberg y Mateer (1989) por su sencillez y utilidad a la hora de la rehabilitación que propone 5 niveles de atención:

- a) *Atención focalizada*: hace referencia a la cantidad de información seleccionada en un momento dado. Es la capacidad para centrar la atención en un objeto. Es un nivel muy básico, y tan sólo parece quedar afectada en personas en estado de coma o con graves lesiones cerebrales.
- b) *Atención sostenida*: es la capacidad para mantener la atención de forma continuada a lo largo del tiempo. Es un indicador de capacidad general de procesamiento de la información (Nuechterlein, 1991). Las personas con fallos en este nivel son sujetos con una alta distraibilidad, baja amplitud de la atención o con dificultades para mantener el discurso del pensamiento. Estos fallos no suelen presentarse en tareas que exigen una baja capacidad de procesamiento sino en aquellas tareas que sobrecargan el sistema.
- c) *Atención selectiva*: consiste en la capacidad para dirigir la atención a un estímulo ignorando otros estímulos presentes distractores. Se utiliza, por ejemplo, cuando una persona pretende seguir una conversación cuando hay un ruido de fondo. Es un indicador de la regulación de la dirección de la atención.

- d) *Atención alternante*: se refiere a la habilidad de alternar el foco atencional entre diferentes tareas sin distraerse o quedar confundido. Por ejemplo, cuando una persona está cocinando mientras pone la mesa. Está relacionado con la flexibilidad mental (López y Florit, 1998).
- e) *Atención dividida*: consiste en la capacidad para trabajar simultáneamente en dos tareas diferentes. Este es el caso de conducir mientras se habla con el acompañante. Es una medida de la capacidad general de trabajo en paralelo en el sistema. El modelo de Schneider y Shiffrin (1977), que distingue entre procesos automáticos (inconsciente, paralelo, ilimitado) y controlados (serial, consciente, limitado en capacidad), puede ayudar a entender por qué determinadas tareas pueden ser ejercidas conjuntamente y otras no. La automatización de una tarea permite más fácilmente su ejecución a la vez que se realiza otra.

El sujeto con una de esquizofrenia presenta varios déficit de atención:

- ◆ No puede mantener su atención durante largos periodos de tiempo (Mirsky, 1987).
- ◆ Déficit en el filtro atencional (Hirt y Pithers, 1991).
- ◆ Menor velocidad de procesamiento visual (Spring y Ravdin, 1992; Vázquez et al., 1996^a).
- ◆ Déficit en el proceso de habituación (Spring y Ravdin, 1992; Vázquez et al., 1996^a).
- ◆ Se distrae con facilidad. Por ejemplo, si está hablando con otra persona en una fiesta donde hay otras personas que también están hablando es fácil que el sujeto con esquizofrenia pierda el hilo de la conversación al no poder seleccionar el mensaje importante.
- ◆ Ante tareas complicadas, su sistema de procesamiento se sobrecarga. Ante una tarea con una baja demanda atencional lo más probable es que el sujeto no

presente ningún problema. Si, por ejemplo, la persona está jugando a un vídeo juego que sea muy sencillo obtendrá un resultado similar al de un sujeto sin esquizofrenia; si por el contrario el vídeo juego es complejo, entonces es muy probable que la persona con esquizofrenia consiga una puntuación sensiblemente menor que el otro.

Muchos autores proponen que estos déficit son la base explicativa de muchos comportamientos y síntomas de la esquizofrenia. Por ejemplo, existe la hipótesis que la sintomatología positiva de la esquizofrenia pueda ser debida a un déficit atencional, de modo que una persona con este trastorno mental no es capaz de distinguir lo que es un ruido cognitivo de lo que es la información estimular exterior a su organismo (Bentall, 1991a, b). Así, por ejemplo, todas las personas, con enfermedad mental o sin ella, mantienen una cierta actividad cognitiva irrelevante (o ruido cognitivo) de la cual no son conscientes mientras están haciendo otras tareas; sin embargo, un sujeto con esquizofrenia sí sería consciente de dicho ruido cognitivo y lo percibiría como algo central, ya que su atención se dirigiría a éste en vez de "apartar" esa información inútil. McGuigan (1966) encuentra cómo en muchos sujetos esquizofrénicos, cuando están teniendo alucinaciones, se les puede detectar un habla subvocal que corresponde a la alucinación auditiva, lo cual vendría a corroborar la hipótesis previa sobre el ruido cognitivo. En este sentido, una persona que padece estos déficit tenderá a apartarse de situaciones complejas o excesivamente abrumadoras; como la mayoría de las situaciones sociales presentan estas características, es lógico pensar que cuando se vean inmersas en ellas escapen al no poder aguantar la situación. De este modo asociarán las situaciones interpersonales con la ansiedad que se elicó en los primeros momentos, y poco a poco, tenderá a evitar estos contactos sociales y cada vez pasará más tiempo en su casa. Este mismo proceso puede explicar la inacción de estos sujetos (la mayoría de los individuos con esquizofrenia evitan enfrentarse a tareas complicadas como por ejemplo determinadas manualidades o ver la televisión).

Dada la importancia de estos déficits así como la influencia en la vida cotidiana (Vázquez et al, 1996^a) sumado al malestar personal que produce en el sujeto que los sufre, hace necesaria la intervención directa.

EVALUACIÓN

Es muy importante realizar una buena evaluación de las capacidades cognitivas. Se aconseja realizar un screening en todos aquellos sujetos que llegan a la intervención psicosocial y una evaluación más exhaustiva en sólo a aquellas personas que han presentado grandes déficit. El objetivo último de cualquier evaluación, fundamentalmente en el trabajo clínico, no es sólo detectar los déficit sino modificarlos. Desde esta perspectiva la evaluación se convierte en un proceso dinámico, en el que es necesaria la utilización de una amplia variedad de instrumentos que permitan:

- ◆ Proveer una línea base de funcionamiento no sólo de los déficit sino de las capacidades intactas del individuo.
- ◆ Planificar el tipo de intervención que se realizará: en qué nivel atencional se intervendrá y con qué tipo de tareas.
- ◆ Comprobar la eficacia de la intervención, no sólo en lo que respecta a las pruebas psicométricas, sino también en la vida diaria del sujeto.

Existen multitud de instrumentos que evalúan la atención (para una revisión exhaustiva ver Vázquez et al., 1996a). La mayoría de ellos nacen de la investigación y, aunque son instrumentos muy buenos, también resultan muy costosos en el ámbito personal, por la dificultad que conllevan, y el tiempo que se ha de invertir para su aplicación. Lamentablemente la práctica clínica suele contar con una presión asistencial que limita el tiempo para realizar las evaluaciones. Estas limitaciones hacen necesario la disponibilidad de instrumentos que sean fáciles de aplicar y no demanden mucho tiempo. Con estos criterios se han seleccionado algunas pruebas de evaluación que se han clasificado en función de 2 variables: el tipo de atención que evalúan y si el ritmo atencional lo marca la tarea o la persona.

		SOSTENIDA	SELECTIVA	ALTERNANTE
RITMO	TAREA	<ul style="list-style-type: none"> • PASAT 	<ul style="list-style-type: none"> • ESCUCHA DICÓTICA 	
	SUJETO	<ul style="list-style-type: none"> • CANCELACIÓN • TMT-A 	<ul style="list-style-type: none"> • STROOP 	<ul style="list-style-type: none"> • TMT-B

- Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT; Gronwall, 1977): esta prueba valora la atención sostenida y marca el ritmo atencional. Es un test auditivo en el que, a través de una cinta se presentan números y hay que decir el resultado de la suma del primer número con el segundo, del segundo con el tercero y así sucesivamente. Se recomienda utilizar esta prueba con cierta precaución ya que puede resultar estresante y frustrante para el sujeto. Puede ofrecer información útil sobre la capacidad del sujeto para mantener la atención y, sobre todo, la capacidad para retomar la atención a la tarea una vez que la ha perdido.

- Tareas de cancelación: es un tipo de prueba que valora la atención sostenida en la que el propio sujeto marca el ritmo. Consiste en tachar un objetivo en una matriz de elementos. Dentro de esta modalidad se encontraría el Toulouse-Pieron (Toulouse y Pieron, 1972). Es una prueba muy útil ya que no tiene prácticamente coste y nos da información sobre la capacidad del sujeto para mantener la atención y marcar su propio ritmo. De este modo se observa si el individuo es precavido (tiene pocos errores con un ritmo extremadamente lento) o si es arriesgado (comete muchos errores debido a la velocidad excesiva a la que realiza la tarea). Los errores que mide son las omisiones y las falsas alarmas.

- Trail Making Test, versión A (Halstead-Reitan y Davies, 1968): esta prueba valora la atención sostenida y consiste en unir números (del 1 al 25) de forma correlativa, lo más rápido posible y sin levantar el lápiz de la hoja. Aunque es el propio sujeto quien marca el ritmo, al evaluarse el tiempo que emplea en realizar la prueba, se produce cierta presión ya que debe hacerlo lo más rápidamente posible.

- Stroop Test (MacLeod, 1991): este procedimiento es uno de los más empleados para evaluar la atención selectiva. Consiste en la presentación de un material que genera interferencia al haber una incongruencia entre su forma y contenido (ej. la palabra rojo escrita en color azul). El más empleado es el Stroop color-palabra (Stroop, 1935; Golden, 1994). Es una prueba que no requiere demasiado tiempo de aplicación ni impone el ritmo al sujeto aunque si implica presión en la ejecución.

-Escucha Dicótica (Milner, 1971): la prueba, que valora atención selectiva, consiste en la repetición de un mensaje según se va oyendo por un oído mientras se ignora un mensaje irrelevante que aparece de forma simultánea por el otro oído. A diferencia de la anterior, es una prueba que marca el ritmo al sujeto. No dura demasiado tiempo.

-Trail Making, versión B (Halstead-Reitan y Davies, 1968): esta prueba valora la atención alternada y consiste en unir de forma alternada y correlacional números (del 1 al 13) y letras (de la A a la L), de modo que la secuencia correcta es 1A2B3C...

Las pruebas que se han descrito anteriormente son útiles para evaluar la cognición como tal. Pero también se ha de evaluar el impacto que los déficit de atención tienen en la vida cotidiana. Existen pocas pruebas que se hayan diseñado con este fin. Uno de ellos es el Everyday Attention Questionnaire (Martin, 1986) que consta de 18 ítems que evalúan la facilidad que encuentra la persona para prestar atención a diferentes actividades de la vida diaria.

Junto con las pruebas descritas anteriormente, la evaluación debería completarse con una serie de preguntas que incluyan cada uno de los niveles de atención, así como las diferentes modalidades de ritmo, tales como:

Para atención sostenida:

- En una sesión clínica o cuando se esta a solas con el sujeto, ¿se distrae fácilmente de la conversación?
- Cuando el sujeto ve la TV, ¿se levanta o deja de verla al poco tiempo?; ¿pierde el hilo?
- Cuando realiza tareas simples (escribir, manualidades...), ¿abandona su ejecución a los pocos minutos de comenzar?, ¿está motivado por la tarea?
- ¿Olvida lo que ha dicho, repitiendo o preguntando: "¿qué estaba diciendo?", sin haber sido interrumpido?
- ¿Durante cuanto tiempo puede ver la TV en el salón de tu casa si éste está tranquilo?
- ¿Puede mantener la atención en una conversación con otra persona en un lugar tranquilo?

- ¿Durante cuanto tiempo puede leer un libro de forma continuada en un lugar tranquilo?

Para atención selectiva:

- Cuando va en el metro, autobús o por la calle en horas punta, ¿se observa al sujeto aturdido, perdido?
- Si mientras se habla con él hay en la misma habitación un grupo charlando, ¿pierde el hilo de la conversación principal?
- ¿Se distrae con facilidad con estímulos que no son relevantes?

Para atención alternante:

- Cuando está hablando el sujeto y es interrumpido por otro, ¿puede retomar posteriormente la conversación inicial?
- Si mientras hace una tarea se le interrumpe, ¿se le olvida retomar esa tarea?
- ¿Olvida lo que estaba diciendo tras ser interrumpido?
- ¿Olvida qué estaba haciendo tras ser interrumpido?

Para atención dividida:

- ¿Es capaz de hacer dos cosas a la vez (ver la televisión y hacer un crucigrama o seguir una conversación)?
- Si mientras está haciendo algo se le pide que vigile otra cosa (la comida en el fuego o a un niño), ¿puede estar pendiente de ambas?

Junto con lo indicado hasta ahora se debe evaluar la conciencia de la persona sobre el déficit. Se trata de estudiar si el individuo conoce su problema de atención y el impacto que esto conlleva en su vida diaria. Se ha demostrado que la metacognición es un elemento básico en cualquier proceso de rehabilitación (Florit et al., 1996). En este sentido son cuatro las preguntas de obligado cumplimiento:

- ¿Qué es para ti la atención?, intenta explicarme con tus propias palabras qué es la atención

- ¿Cómo está tu atención?
- ¿Qué repercusiones tiene ese funcionamiento de tu atención en tu vida diaria?, ¿en qué notas que tu atención funciona bien/mal/regular?
- ¿Cómo intentas solventar esos problemas? (esta pregunta va más bien dirigida a la búsqueda de conductas de afrontamiento adquiridas por el sujeto que pueden ser útiles potenciar en la rehabilitación así como poder eliminar aquellas otras que resulten inadecuadas)

METODOLOGÍA

Una vez realizada una evaluación de las capacidades atencionales del sujeto se está en disposición de poder iniciarse la rehabilitación cognitiva.

Las investigaciones más actuales ponen de manifiesto que la causa de estos déficit puede encontrarse en un fallo en la autorregulación de la atención. El sujeto es incapaz de generar las condiciones necesarias mantener la atención durante un tiempo suficiente o seleccionar el mensaje importante. Sin embargo las investigaciones sobre rehabilitación cognitiva realizadas en el campo presentan serias dificultades a la hora de ponerlas en práctica en centros donde la presión asistencial es fuerte y el tiempo que se puede dedicar es escaso. Programas estructurados que se ponen de manifiesto como útiles al menos en parte, por ejemplo el APT, duran en torno al año, con 2 sesiones semanales en formato individual o incluso con mayor frecuencia. En la realidad asistencial existente, esto es inviable.

Se da la necesidad de diseñar nuevas intervenciones que aminoren los déficits cognitivos con el objetivo de mejorar la vida de la persona con enfermedad mental. Aquí comienza la primera pregunta: ¿dónde intervenir?.

Por un lado se puede entrenar al sujeto en las habilidades necesarias para afrontar las dificultades que se presentan en el día a día y, por tanto, basta tratar el aspecto funcional del problema ya que con esto se rehabilitaría de forma indirecta la parte cognitiva. Bajo esta perspectiva molar, que es defendida por autores como Hogarhy y Flescher (1992) y, en menor medida Liberman (1992), si una persona no puede leer el periódico en una sala con gente ni durante mucho tiempo, se le enseñará que debe

realizar determinados descansos a lo largo de la lectura y a buscar aquellos sitios que le faciliten la lectura (p.e. un lugar silencioso).

Pero de este modo no se está interviniendo directamente sobre el déficit cognitivo. Si esta persona necesita seguir una conversación en un lugar público, su atención continuará siendo deficitaria y por tanto no podrá seguir la conversación, terminará por apartarse de las relaciones sociales y no se habrá completado con éxito su proceso de rehabilitación psicosocial.

Para solucionar este problema, se podría intervenir en el aspecto más nuclear: mejorar su atención (Adams, 1981; Braff, 1990). Pero ya se ha hablado de las dificultades que surgen en el sentido de la relación costo/beneficio.

Así pues, se propone que se realice un programa de entrenamiento que entrene los procesos de atención (aspecto molecular) pero desde tareas cotidianas (se asegura la generalización a lo molar). Pero, además, es necesario que ponga énfasis en una mejora de la autorregulación de atención. Este programa debería cumplir, además, con los siguientes requisitos:

- ◆ Que se trabaje la metacognición; esto es, explicar al sujeto la importancia de realizar un esfuerzo por mantener la atención y cómo funciona ésta. Es muy importante que la persona sepa que con este esfuerzo puede mejorar su atención.
- ◆ Enseñar al sujeto a detectar cuándo comienza a perder la atención y de este modo poder poner en marcha cuanto antes las estrategias de afrontamiento que se entrenen.
- ◆ Que esté graduado de en dificultad: el programa debe iniciarse con un nivel de dificultad mínimo e ir aumentándolo progresivamente introduciendo tareas cada vez más demandantes (atención sostenida) a la vez que se van introduciendo elementos de distracción (atención selectiva). De este modo, pudiese ser necesario, para un determinado sujeto, comenzar con tareas más automáticas del estilo de "orientación al estímulo" e ir progresando hacia otras más controladas (Duke et al., 1992).

- ◆ Como un nivel más de dificultad se debe considerar el contenido emocional de la tarea. Se deberá comenzar por presentar un material sin contenido emocional (por ejemplo una prueba de tachado) y progresar hacia tareas con carga emocional (por ejemplo atender a un anuncio de televisión mientras otra persona está hablando sobre marcianos -suponiendo que esa persona mantiene un delirio sobre extraterrestres-).
- ◆ Que las tareas que se usen en la rehabilitación tengan una relación directa con la vida diaria del sujeto
- ◆ Que se realice una evaluación continua de la ejecución del sujeto y ofreciendo feedback frecuente y rápido sobre la ejecución. De este modo, la persona y el terapeuta podrán ir viendo los progresos realizados a lo largo del entrenamiento. Además es una buena manera para mantener motivado al sujeto.

DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

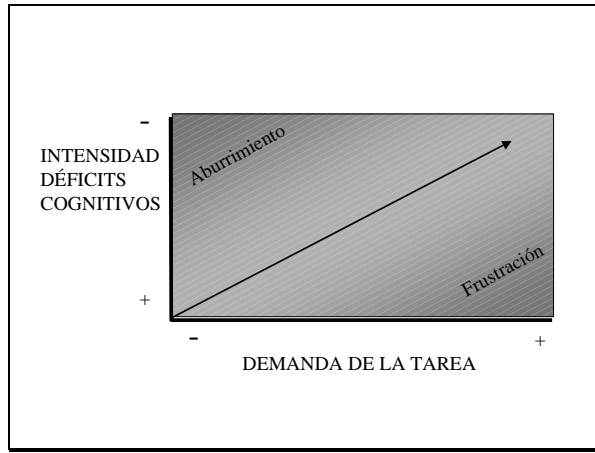
El programa de intervención que se propone es el siguiente:

Elegir la actividad desde la que se rehabilitará el proceso: En la elección se debe considerar que sea una tarea que:

- ◆ Marque el ritmo la propia tarea o el sujeto en función de lo que se desee entrenar
- ◆ Que sea adecuada para poder dar feedback al sujeto de su actuación
- ◆ Que pueda ser graduada en cuanto a la demanda de atención
- ◆ Que implique el nivel de atención que se desea entrenar (sostenida o selectiva) o que se puedan ir incluyendo estímulos distractores adicionales en el caso de que se quiera entrenar varios niveles de atención
- ◆ Si se desea añadir carga emocional, que esto sea posible. Para ellos se pueden relacionar con los temas delirantes del sujeto.

Elegir el nivel de inicio: debe realizarse en función de la capacidad atencional

del sujeto y la demanda de la tarea de modo que sea adecuada para el sujeto. Esto es, que no haga que el sujeto se aburra haciendo la tarea ni que se frustre. En el siguiente gráfico puede verse esto reflejado:



Entrenar la metacognición: explicar al sujeto qué es la atención, los diversos niveles de atención, todo ello a través de ejemplos reales de su vida real y que impliquen tanto la atención deteriorada como ejemplos donde no esté afectada la atención, de este modo se puede hacer ver el concepto de “demanda de atención” y de “política de asignación de la atención (Schneider y Shiffrin, 1977)”. Se puede usar el siguiente ejemplo que, aunque tiene algunas limitaciones conceptuales, es útil para que la persona con enfermedad mental entienda estos conceptos (tomado de Cañamares et al.2001):

“Imagina que entras en una habitación oscura, con dos linternas en tus manos. Te piden que busques una mesa grande en la habitación- Es muy posible que con las linternas intentes iluminar la habitación lo más ampliamente que puedas y así descubrir dónde está la mesa de forma rápida. Sin embargo, imagina que te piden buscar un bolígrafo decorado con rayas azules, es muy posible que sigas una estrategia mucho más compleja, procurando iluminar trozo más pequeños de la habitación y siguiendo un sentido para asegurar que no te dejas algún lugar sin buscar. Así funciona tu atención, es como manejar las linternas. Tú tienes una capacidad para atender (dos linternas) que puedes usar como desees. Puedes intentar atender a muchas cosas a la vez si algo es fácil (procesos automáticos) como buscar una mesa, o atender sólo a una cosa si es muy complicada (proceso controlado), como buscar un bolígrafo. Tus “linternas” funcionan bien, de lo que se trata es de aprender a controlar adecuadamente tu atención en función de tus objetivos, que manejes bien esas “linternas””.

Comenzar la intervención: se usarán dos vías principales, una la de buscar estrategias que ayuden a circunvalar el déficit (por ejemplo, ante un déficit de atención selectiva, enseñarle las habilidades sociales necesarias para pedir a su interlocutor que hable más alto o pedirle ir a hablar a un sitio menos ruidoso); y la otra la rehabilitación del déficit. Para ello se puede usar como tratamiento de elección el entrenamiento en autoinstrucciones con el objetivo de mejorar la autorregulación de la atención (Meichenbaum y Cameron, 1973):

- ◆ Primero el terapeuta hará de modelo. Se planteará la tarea que se haya elegido, por ejemplo una manualidad, y se hará varias preguntas sobre ésta: “¿qué tengo que hacer?, ¿Qué atención está comprometida?, ¿qué problemas me puedo encontrar?, ¿cómo los solucionaré?.... Después se pondrá a hacerla mientras va dándose indicaciones en voz alta sobre los pasos que va dando. Mientras se enfrenta a la tarea puede simular una pérdida de atención y se dará en voz alta las instrucciones pertinentes, por ejemplo: “cuando he oído el portazo me he despistado y me he olvidado qué estaba haciendo y no sé que paso venía ahora; esto es un fallo de mi atención selectiva, pues he centrado mi atención en el portazo en lugar de la tarea que es lo importante y me he quedado pensando en el portazo durante mucho tiempo en lugar de retomar la tarea cuanto antes. Tengo que retomar mi atención respecto a la tarea. Veamos, lo último que tengo hecho es el lijar la caja, entonces el siguiente paso era pintarla. Muy bien, ya sé qué tengo que hacer, voy a pensar cómo hacerlo: para ello necesito la pintura, el pincel y un trapo...”
- ◆ Una vez que el sujeto ha entendido el proceso, debe enfrentarse él a la tarea dándose las instrucciones en voz alta para que el terapeuta pueda ir dando las indicaciones necesarias. Este paso es complicado pues muchos sujetos no mantienen el ir dándose instrucciones en voz alta. En este caso hay que primero enseñarles a darse instrucciones en voz alta con tareas muy simples y muy pautadas en pasos muy claros. Además es bueno recordarle de vez en cuando que debe de ir “hablándose en voz alta”.
- ◆ Una vez que el terapeuta se ha asegurado que el sujeto domina esta estrategia le pedirá que haga lo mismo pero en voz baja y después en

silencio.

- ◆ Durante todo el proceso es necesario que el sujeto vaya aprendiendo a darse autorrefuerzos verbales y que no sólo sean dados por el terapeuta.

Para aquellos casos en que la persona no es capaz de detectar cuándo a perdido la atención es útil pedirle que busque una serie de *claves externas* para interrogarse cada vez que percibe la señal externa “¿estoy prestando atención a lo que estoy haciendo?”. Por ejemplo: *un sujeto con problemas de atención sostenida en el aula para obtener el graduado escolar pero incapaz de detectar el momento en que perdía la atención, llegando en múltiples ocasiones a perder la atención al inicio de la clase y no darse cuenta hasta que ésta finalizaba, pasando toda la clase pensando en lo que le gustaría conocer una chica tan culta como su profesora. Se le pidió que cada vez que la profesora se tocara el pelo (conducta que hacía de forma frecuente, al menos 4 veces en una hora), el individuo debía autoobservarse e interrogarse sobre el mantenimiento de su atención.*

Por último hay que generalizar esta estrategia de la actividad elegida a otras que se desarrollen en el propio centro y posteriormente a otras que el individuo realice fuera, sin supervisión de profesionales.

Un ejemplo práctico de intervención: “*manualidades*”

Varón de 31 años con diagnóstico de esquizofrenia residual. Entra en los programas de rehabilitación de manualidades con el objetivo de mejorar su psicomotricidad fina y aumentar el contacto social con otras personas y de ejercicios motóricos para mejorar su condición física así como crear un hábito sano con la posibilidad de generalizar este hábito hacia un recurso comunitario (polideportivo o piscina cubierta o centro cultural). Sin embargo el educador de manualidades observa que cuando el usuario lleva 5 minutos haciendo la tarea compleja comete múltiples errores y abandona la tarea retomándola cuando se le dan indicaciones; sin embargo, si se le da alguna indicación mientras realiza la tarea su ejecución empeora sensiblemente. Si la tarea que se le pide es simple, entonces puede mantenerse en el grupo unos 30 minutos. Además, se ha observado que si la gente del grupo habla, se pone música alta o se deja la ventana abierta y hay ruidos en la calle, la ejecución empeora tanto en tareas simples

como complejas. Así mismo se observa durante el ejercicio motórico que cuando el monitor da indicaciones el usuario pierde el ritmo.

Conclusiones de la evaluación: *Este usuario presenta un déficit de atención sostenida no pudiendo mantener su atención en la tarea demandante más allá de 5 minutos o de 30 minutos si la tarea que se le propone es simple (capacidad de procesamiento de la información). No es capaz de retomar la atención por sí mismo, sólo cuando se produce una estimulación externa (indicaciones del educador). Su atención selectiva también está deteriorada ya que su ejecución empeora ante ruido de fondo. También presenta un déficit en atención dividida pues no puede prestar atención a las instrucciones y a la tarea a la vez (tanto en el grupo de manualidades como en el de motóricos).*

Recomendaciones para la intervención: *Para la rehabilitación de las capacidades cognitivas del sujeto habría que graduar diversas tareas en manualidades según niveles de dificultad (demanda de la atención) e ir incrementando el tiempo de exposición de la tarea. Así mismo es necesario generar autoinstrucciones que le ayuden a retomar la tarea cuanto antes (para esto es necesario haber trabajado la metacognición previamente). Una vez que se haya conseguido mejorar su atención mantenida, se podría comenzar a trabajar la atención selectiva introduciendo ruidos cada vez más intrusivos. Para realizar esto se pueden aprovechar los “ruidos” naturales del propio grupo, por ejemplo pidiendo tareas a otros usuarios del grupo que hagan ruido como serrar una madera. Respecto a la atención dividida sería aconsejable pedir al usuario que por ahora sólo preste atención a una cosa (cuando se le dan indicaciones que deje la tarea, preste atención a los comentarios y luego retome la tarea), en este sentido, más que una rehabilitación de la atención dividida se trabajaría desde una compensación del déficit, al menos hasta que haya mejorado en los otros niveles de atención.*

Luego hay que generalizar a otros programas y a su vida real. Por ejemplo, se puede usar el programa de ejercicios motóricos: aumentar la demanda de la actividad (en lo que puede colaborar el terapeuta ocupacional del centro) e ir aumentando el tiempo que dura la tarea (atención sostenida); ir introduciendo músicas cada vez más fuertes y más “violentas”(se implica a la emoción) o que le supongan recuerdos específicos

(atención selectiva); introducir indicaciones de simples a complejas (atención alternante o dividida).

ALGUNOS APUNTES SOBRE LA MEMORIA

Las personas con esquizofrenia presentan, entre otros, los siguientes déficit mnésicos:

- ◆ Capacidad para retener información deficitaria, especialmente bajo condiciones de distraibilidad
- ◆ Rendimiento mnésico deficiente, especialmente peor en tareas que requieren más esfuerzo, por ejemplo tareas de recuerdo frente a tareas de reconocimiento (Vázquez et al., 1989).
- ◆ Deficiente organización mnemónica del material presentado (Koh, 1978; Oltmanns, 1978)

En múltiples ocasiones se podrá observar una mejora del funcionamiento mnésico del sujeto tras un programa de rehabilitación de la atención ya que se asegura una mejor aprehensión de la información. Además hay que considerar el dato de que la mayoría de las personas (tanto con enfermedades mentales como sin ellas) se quejan de tener una mala memoria cuando en realidad no es así; es como si las personas esperaran un funcionamiento perfecto de la memoria cuando en realidad los olvidos forman parte del funcionamiento normal de la memoria. Si este es el caso, la intervención debe centrarse sólo en aportar estos datos y tranquilizar al sujeto respecto al funcionamiento de su memoria.

En el caso que el sujeto siga presentando problemas de memoria, se debe incidir en cualquier método que haga aumentar los esfuerzos de codificación de la información. El usar intervenciones donde lo único que se pide a la persona es que memorice textos u otros elementos no sirve de nada. Dicho de otro modo, lo que sí funciona es que el individuo haga sus actos de un modo más consciente y menos automático (por ejemplo, cuando cierra el gas, decirse en voz alta “estoy cerrando el gas”, o aprovechar los anuncios de la televisión para hacer un resumen de la película que está viendo y así

poder acordarse al día siguiente del argumento. Muchas de las estrategias nemotécnicas utilizan esta idea de aumentar el esfuerzo en la fase de codificación, por lo que también pueden ser útiles. Ejemplos de estas estrategias son: la imaginería visual, usar la primera letra de cada palabra, el método PQRS... (para una descripción más exhaustiva se remite a Vázquez, 1996^a)

Además de estas estrategias resultan muy útiles las estrategias de compensación: llevar un diario, una agenda, usar un avisador, poner notas de recuerdo, hacer una lista de la compra o de cosas pendientes...

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, H.E.; Brantley, P.J.; Malatesta, V.; Turkat, I.D. (1981): Modification of cognitive processes: A case study of schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 3, 460-464.
- Bentall, R.P., Baker, G.A. y Havers, S. (1991a): Reality monitoring and psychotic hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 213-222.
- Bentall, R.P., Kaney, S. Y Dewey, M.E. (1991b): Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13-23.
- Braff, D.L. (1990). Information processing and attentional abnormalities in the schizophrenic disorders. En P.A. Magaro (Ed.), *Cognitive Bases of Mental Disorders. Annual Review of psychopathology Vol. 1* (pp. 262-307). Newbury Park, CA: Sage.
- Cañamares, J.M.; Castejón, M.A.; Florit, A.; González, J.; Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001): *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
- Ducke, L.W.; Weathers, S.L.; Caldwell, S.G. y Novack, T.A. (1992): Cognitive rehabilitation after head trauma. Toward an integrated cognitive behavioral perspective on intervention. En C.J. Long y L.K. Ross (Eds.), *Handboock of head trauma: acute care to recovery*. Nueva York: Plenum Press.
- Florit, A.; López, B. y Vázquez, C. (1996): Rehabilitación cognitiva en trastornos craneales y en esquizofrenia: ¿un único método para trastornos diferentes?. En *Daño Cerebral Traumático y Calidad de Vida*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina.
- Golden, C.J. (1994): *Stroop: test de colores y palabras*. Madrid: TEA.
- Gronwall, D. (1977): Paced auditory serial addition task: a measure of recovery from concussion. *Perceptual and Motor Skills*, 44, 367-373.

- Hogarty, G.E. y Flescher, S. (1992): Cognitive remediation in schizophrenia: Proceed...with caution. *Schizophrenia bulletin*, 18, 51-57.
- Koh, S.D. (1978): Remembering of verbal materials by schizophrenics young adults. En S.Schwartz (eds), *Language and cognition in schizophrenia*. Hillsdale (NJ): LEA
- Kopfstein, J.H. y Neale, J.M. (1971): A multivariate study of attention dysfunction in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 294-298.
- Liberman, R.P.; Green, M.F. (1992): Whither cognitive-behavioral therapy for schizophrenia?. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 27-35.
- López, B. y Florit, A. (1998): Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia: aplicación del "Attention Process Training". En Botella, J. y Ponsoda, V. (comp): *La atención: Un enfoque pluridisciplinar*. Valencia: Promolibro.
- Martin, M. (1986): Aeging and patterns of change in everyday memory and cognition. *Human Learning*, 5, 63-74.
- Mirsky, A.F. (1987): Behavioral and psychophysiological markers of disordered attention. *Environmental Helth Perspectives*, 74, 191-199
- McGuigan, F.J. (1966): Covert oral behaviour and auditory hallucinations. *Psychophysiology*, 3, 73-80.
- McLeod, C.M. (1991): Half a century of research on the Stroop effect: an integrative reiew. *Psychological Bulletin*, 109, 163-203.
- Meichenbaum, D. Y Cameron, R. (1973). Training schizophrenics to talk to themselves: a means of developing attentional controls. *Behavior therapy*, 4, 515-534.
- Milner, B. (1971): Interhemispheric differences in the localization of psychological processes in man. *British Medical Bulletin*, 27, 272-277.
- Nuechterlein, K.H. (1991): Vigilance in schizophrenia and related disorders. En S. Steinhauer, J. Zubin y J.H. Gruzelier (comp), *Handbook of schizophrenia: Neuropsychology, psychophysiology, and information processing*. Vol 5. Amsterdam: Elsevier.
- Oltmanns, T.F. (1978) Selective attention in schizophrenia and manic psychoses. *Journal of abnormal psychology*, 87, 212-225.
- Schneider, W y Shiffrin, R.M. (1977): Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search and attention. *Psychological Review*, 84, 1-66.
- Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitation*. New York: Guilford.

- Spring, B.J. y Ravdin, L. (1992): Cognitive remediation in schizophrenia: should we attempt it? *Schizophrenia Bulletin*, 18, 15-20
- Stroop, J.R. (1935): Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Toulouse, E.Y. y Pieron, H. (1972). *Toulouse-Pieron: Prueba perceptiva y de atención manual*. Madrid: TEA.
- Vázquez, C., Florit, A. y López, B. (1996a): Rehabilitación cognitiva: Principios generales y técnicas de evaluación e intervención. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (comp.) *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez, C., López, B y Florit, A. (1996b): Procesamiento de la información y esquizofrenia. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (comp.) *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez, C., Ochoa, E.; Fuentenebro, F. Y Santos J.L. (1989): Cognición y esquizofrenia. Memoria, pensamiento y lenguaje. *Monografías de Psiquiatría*, 1, 26-31.