



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO:



Estimulación cognitiva y su rol dentro de la rehabilitación psicosocial en personas con esquizofrenia

Estudiante: Lucia, Araujo Ortega 4.787.986-4

Tutora: Rossina Machinena

Fecha: 15-02-2016

Montevideo.-

Índice.-

1. RESUMEN.....	p.2
2. INTRODUCCIÓN.....	p.3
3. MARCO TEÓRICO.....	p.4-18
3.1- Esquizofrenia.....	p.4
3.2- Déficit cognitivos en esquizofrenia.....	p.5
3.3- Discapacidad.....	p.7
3.4- Rehabilitación.....	p.9
3.5- Rehabilitación psicosocial.....	p.10
3.6- Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).....	p.13
3.6- Estimulación cognitiva.....	p.13
3.8- Rehabilitación neuropsicología y rehabilitación cognitiva.....	p.16
4. DESARROLLO.....	p.18-23
4.1- Aportes de la estimulación cognitiva en la rehabilitación psicosocial en personas diagnosticadas con esquizofrenia.....	p.18
5. REFLEXIONES FINALES.....	p.23-24
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	p.25-29

1. Resumen

El presente texto, enmarcado dentro de la propuesta de Trabajo final de grado para la obtención de la Licenciatura en Psicología, pretende desde una perspectiva enfocada en el paradigma de DDHH y modelo de apoyos realizar un recorrido de la bibliografía en torno a la temática estimulación cognitiva. Con el objetivo de analizar el rol que cumple y lugar que ocupa la misma dentro de la rehabilitación psicosocial en personas diagnosticadas con esquizofrenia (f20) (Cie-10, 1994).

Partiendo desde la búsqueda bibliográfica que aborda distintas conceptualizaciones teóricas como de metodología, se sintetizarán e integrarán al marco teórico conceptos relativos a esta temática tales como esquizofrenia y sus déficit cognitivos, discapacidad, rehabilitación psicosocial y Plan Individualizado de Rehabilitación, estimulación cognitiva y sus diferencias con rehabilitación neuropsicología y cognitiva.

Se buscará en el apartado dedicado al desarrollo realizar un análisis crítico en relación a la temática que nos ocupa.

Finalmente el trabajo presenta una sección de reflexiones finales que pretende ser una síntesis de las conceptualizaciones desarrolladas más destacadas, junto con ciertos criterios de carácter personal.

Palabras Claves: Esquizofrenia- Estimulación cognitiva- Rehabilitación psicosocial

2. Introducción

Esta monografía tiene como objetivo analizar el rol que ocupa la estimulación cognitiva en la rehabilitación psicosocial en personas con esquizofrenia. Dado el creciente interés a nivel mundial en torno a la inclusión social de las personas con discapacidad, y la necesidad de generar dispositivos de intervención que apoyen y contemplen sus derechos para propiciar una mejor calidad de vida, es que parece pertinente trabajar sobre esta temática.

En el presente trabajo, tomaré con la intención de acortar el campo de estudio, la clasificación de la CIE-10, enfocándome dentro de los trastornos mentales específicamente en la esquizofrenia (F20). Esta monografía a su vez parte de la concepción de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que no refiere únicamente a la ausencia de enfermedades, sino a un estado de bienestar que incluye aspectos físicos, mentales y sociales que se relacionan entre sí, destacando la importancia de la salud mental para lograr el bienestar personal, familiar y el desarrollo social. Partiendo de un modelo bio-psico-social que tenga como premisa la atención en salud integral, tomando en cuenta a la persona interactuando con el medio ambiente, asumiendo que se encuentra inmersa en distintos sistemas organizativos y que los mismos pueden contribuir o no a su rehabilitación. (Pérez, 2009; Penadés y Gastó, 2010)

Es así que este trabajo parte de la integración de dos modelos definidos por Palacio (2007) como el Modelo Rehabilitador y el Modelo Social, y de la concepción de discapacidad que de su cohesión surge, además toma los aportes que realizó la OMS en el año 2001 en su publicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

En esta línea, es que se desarrolla un recorrido acerca del proceso de construcción del concepto de esquizofrenia y la identificación de sus síntomas cognitivos, así como también se describen los principales abordajes terapéuticos de la rehabilitación psicosocial, entre ellos la estimulación cognitiva, que apuntan a mejorar la calidad de vida de la persona en su medio natural, recuperando y reforzando sus habilidades, mejorando las relaciones interpersonales y por tanto favoreciendo la inclusión social.

3. Marco Teórico

3.1-Esquizofrenia

Ya que este trabajo se encuentra enfocado puntualmente en pacientes diagnosticados con esquizofrenia (F20), es importante comenzar especificando a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos de esquizofrenia. En la presente monografía, se toma como marco de referencia el criterio diagnóstico de la CIE-10 el cual la define como aquel trastorno mental que;

(...) se caracteriza en general por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas por lo general, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivos.(CIE-10, 1994, p.70).

En 1896 fue denominada por Emil Kraepelin como “Demencia Precoz” y en 1911 es Bleuler quien lo nombra con el término “Esquizofrenia” y remarca como rasgo principal y unificador de este trastorno a la división o fragmentación del proceso de pensamiento, sin olvidar la importancia del resto de los síntomas presentes, como el aplanamiento afectivo, el pensamiento peculiar y distorsionado, la abulia, el trastorno atencional y la indecisión conceptual.(Espert, Navarro y Gadea, 1998; Panzano, 2013).

La esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por una alteración sustantiva del funcionamiento mental, que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Con una tasa de prevalencia, en la mayoría de los estudios, ligeramente inferior a 1 por cada 100 habitantes, con una distribución más o menos uniforme en todo el mundo.(*Esquizofrenia Nota descriptiva* N°397, 2016; Lalucat, 2009).

Su inicio se puede producir durante la adolescencia (incluso en la infancia) o en etapas tempranas de la edad adulta. Siendo más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). Además, por lo general, en los hombres se desarrolla en edades más tempranas (comienzos de la tercera década de vida), mientras que en las mujeres su comienzo es más tardío (a finales de la segunda década de vida o comienzos de la tercera). Dicho inicio puede producirse de forma aguda o insidiosa, y la mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Siendo frecuentes los síntomas residuales entre los episodios.(*Esquizofrenia Nota descriptiva* N°397, 2016; Lalucat, 2009)

El diagnóstico de la esquizofrenia según Nakagome, Ikezawa y Pu (2007), (en Selma, 2012) se basa principalmente en tres pilares: los síntomas positivos, los negativos y los

déficits cognitivos, no habiendo ningún síntoma que sea, de por sí, patognomónico de la esquizofrenia. Estando los síntomas negativos y cognitivos asociados a un grado variable de discapacidad.

Este trastorno afecta a múltiples procesos psicológicos en diversas áreas del comportamiento, a nivel emocional y del funcionamiento general, teniendo impactos significativos en múltiples dimensiones, tales como el pensamiento, el afecto, la voluntad y la cognición.(AWAD, 2008). A raíz de todo esto Bellonch, Sandín y Ramos (2009),(en Panzano, 2013) nos dicen que las personas diagnosticadas con esquizofrenia sufren muchos años tras el inicio del trastorno y continúan sufriendo por su causa a medida que ésta va minando sus facultades cognitivas y emocionales, viéndose afectadas en diferentes ámbitos de la vida. Además Magallares (2011),(en Panzano, 2013) afirma que una de las consecuencias que deriva de su sintomatología es la exclusión que la sociedad presenta hacia estas personas. Tales manifestaciones de rechazo y exclusión perjudican la salud del paciente e impiden su integración en el mundo social y laboral generando discapacidad. (Esquizofrenia Nota descriptiva N°397, 2016). Kurzban y Brekke (2010), (en Selma, 2012) nos dice que más del 66% de las personas diagnosticadas con este trastorno son incapaces de lograr o mantener roles sociales básicos tales como el trabajo, matrimonio, paternidad, etc., afectando su adecuada integración a la comunidad

3.2- Déficit cognitivos en esquizofrenia

Ya Emil Kraepelin (1896), (en Lyda, Lozano y Acosta ,2009) señalaba la presencia de déficit cognitivos en la esquizofrenia. Sin embargo diferentes autores como Espert, Navarro y Gadea (1998); Selma (2008), aluden que la creciente fascinación por la teoría psicodinámica en la primera mitad del siglo XX generó una pérdida de interés en estudiar estos déficit, asumiendo que se debían a trastornos del pensamiento o falta de motivación por parte de la persona. Los mismos no cobraron la relevancia que se les da actualmente hasta la década de los 70, en donde mediante la utilización de baterías (Luria-Nebraska-Halstead-Reitan-WAIS) se comprobó el bajo rendimiento en personas con esquizofrenia crónica en comparación de casos agudos, a su vez, estos presentaron un peor rendimiento frente a la población general.

También se encontraron semejanzas importantes en el rendimiento entre los pacientes con esquizofrenia y los que presentaban daño cerebral, despertando así el interés y surgimiento de nuevas interrogantes.(Espert, et.al 1998; Selma 2008)

Con la llegada de la neuroimagen estructural y funcional en el último cuarto de siglo XX, se comenzaron a confirmar la presencia de anomalías estructurales en el cerebro de los pacientes con esquizofrenia.(Espert, et.al 1998; Selma 2008)

En la década de los 80 se detallaron más las funciones cognitivas comprometidas, como la atención, memoria, funciones ejecutivas y aprendizaje.

Llegando a la década de los 90 se apuntó a correlacionar los perfiles cognitivos con otros elementos ligados a dicho trastorno, como edad de inicio, evolución, sexo, etc.(Selma, 2008)

De todos modos, actualmente se sabe que aunque las personas con esquizofrenia tienen múltiples y diversas alteraciones neuropsicológicas y cognitivas, no existe un perfil neuropsicológico determinado o estructural que sea patognomónico en esquizofrenia, pues el rango de los déficit neurocognitivos en este trastorno es demasiado amplio y desafía los intentos de sistematización. (Pardo ,2005; Selma 2008; Selma, 2012).

Sin embargo existen a nivel general algunas deficiencias cognitivas características de la esquizofrenia, que según Barrera (2006); Penadés y Gastó (2010); Laya Lozano y Acosta (2009) se dan principalmente en las siguientes funciones cognitivas:

-Atención: Por lo general la atención selectiva es la más afectada, las personas con esquizofrenia pueden presentar incapacidad para seleccionar los estímulos importantes y descartar o filtrar los irrelevantes. Además la clasificación y denominación posterior de dichos estímulos también se pueden encontrar alteradas. Sumado a esto se presentan alteraciones en la atención dividida, lo cual hace que no solo no puedan descartar y filtrar estímulos, sino que tampoco pueden atender a más de uno a la vez. Este no entendimiento del afuera puede generar posturas como no prestarle importancia a ninguno de ellos o que la realidad se transforme en un factor estresor. También se pueden ver dificultades en la atención sostenida, por lo tanto la vigilancia y el nivel de alerta se encuentran afectados generando incapacidad para la disposición a la tarea o lentitud de las respuestas esperadas. En consecuencia, todas estas alteraciones generan respuestas inapropiadas o lentas a los estímulos relevantes de la vida diaria.

-Memoria: Las personas con esquizofrenia presentan un amplio abanico de problemas en esta área. Sin embargo entre las más comprometidas está la memoria semántica, debido a esta alteración la persona encuentra dificultad para aprender y recordar material verbal, y

por lo tanto también se dificulta la evocación. Otras alteraciones se dan en la memoria a largo plazo y la memoria de trabajo, esta última es la capacidad de mantener durante algunos segundos material mental en un estado activo accesible mientras otras funciones cognitivas están ocurriendo.

-Las funciones ejecutivas: Implica la habilidad para diseñar un plan, la habilidad para preparar y ejecutar acciones, la capacidad para modular el nivel de actividad, la capacidad de integrar la conducta y las funciones de automonitoreo y de evaluación de los errores durante la realización de una tarea. Su funcionamiento normal permite que la persona pueda actuar de forma flexible frente a una situación, variando de plan si es necesario. En las personas diagnosticadas con esquizofrenia se pueden ver disfunciones ejecutivas y dificultades en la resolución de problemas provocando escasa habilidad para planificar, trastornos en la voluntad, tendencia a preservar las respuestas, pobre juicio social y falta de flexibilidad cognitiva.

-Cognición social: Definida como “Las operaciones mentales y subyacentes a la interacción social, que incluye la capacidad humana para percibir las intenciones y disposiciones de otros” (Lyda, Lozano y Acosta, 2009, p.92). La misma, permite percibir y reaccionar ante nuestras propias emociones e interpretar las actuaciones emocionales de los demás. La disfunción de esta capacidad afecta de formas diversas el funcionamiento social del individuo. Tendiendo generalmente a empeorar el compromiso social, siendo resistente por lo general al tratamiento de los antipsicóticos. La disfunción de las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo, la memoria semántica y el déficit en la vigilancia también pueden relacionarse con un pobre funcionamiento en la comunidad y problemas en la adquisición de habilidades sociales. Esta imposibilidad de generar empatía con los demás y comprender las acciones del otro dificulta las relaciones interpersonales.

3.3- Discapacidad

Cuando decimos en esta monografía que la esquizofrenia puede conllevar a una discapacidad, nos referimos a la concepción de discapacidad que está centrada en la perspectiva de DDHH, tal como lo plantea la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada el 13 de diciembre del 2006 a nivel internacional y el 4 de diciembre del 2008 en nuestro país, ratificando el tratado mediante la Ley No 18.418 para más tarde, en agosto del 2011 por la Ley No 18.776 ser aprobada la adhesión al Protocolo Facultativo de esta Convención.

El propósito de la misma es:

(...) promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006 p.4, Art.1)

En este mismo lineamiento el 19 de febrero de 2010 nuestro país aprueba la Ley No 18.651 con el objetivo de establecer un sistema de apoyo integral a las personas con discapacidad para asegurarles atención médica, educación, cobertura de seguridad social, rehabilitación tanto física como psíquica, social, económica y profesional, confiriéndoles también los necesarios beneficios, prestaciones y estímulos que les permitan neutralizar las desventajas que la discapacidad les provoca. (PRONADIS–MIDES, 2015)

Esta ley define a las personas que presentan una discapacidad como

Toda persona que padezca o presente una alteración funcional, permanente o prolongada, (física, motriz, sensorial o visceral) o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. (p.1, Art.2)

Todas estas medidas buscan valorar y respetar a las personas con algún grado de déficit antes que nada como personas, ocupándose principalmente en trabajar por la completa inclusión social de las mismas. Es decir, que la persona logre tener una vida digna con el mayor grado de autonomía, no sea discriminado, tenga una accesibilidad universal tanto a los medios físicos como al ejercicio de los derechos ciudadanos y civiles, lográndose la garantía del acceso equitativo a los servicios de salud, educativos, laborales y recreativos. (Palacio,2007; OMS, 2001; Vásquez, 2006)

A su vez, se asume que la discapacidad no se debe depositar únicamente en la persona ni buscar su solución en ella, sino que también se debe de buscar soluciones en la sociedad que presenta limitaciones para prestar servicios apropiados y para asegurar que las necesidades de todas las personas sean debidamente contempladas en la organización social. (Palacio,2007; OMS, 2001; Vásquez, 2006)

Todos estos conceptos surgen de la mano de la CIF (2001) quien define discapacidad como el resultado de una interacción compleja entre sus factores personales (como la condición de salud de una persona) y los factores externos (las circunstancias en las que vive esa persona) que conlleva aspectos negativos. Es así que, los distintos ambientes pueden tener efectos diversos en una persona con una determinada condición de salud y la

sociedad puede dificultar su desempeño y/o realización tanto creando barreras, como no proporcionando elementos facilitadores o dispositivos de apoyo. Aunque los dispositivos de apoyo no eliminan los déficits, sí pueden eliminar las limitaciones del funcionamiento. (OMS, 2001; Lubrini, Periañez y Ríos-Lago, 2011).

Cabe destacar que la CIF (2001) prioriza el aspecto funcional que permanece sano y que la persona mantiene como posibilidad (factor positivo) por encima de la discapacidad (factor negativo). El factor positivo incluye no solo las funciones de las estructuras corporales sino, también, la capacidad de realizar las actividades cotidianas básicas y el desempeño de su papel en la sociedad. (Amate, 2006)

Por ende, como menciona Vásquez (2006) esta perspectiva de derechos humanos permite considerar a las personas con discapacidad como individuos que necesitan diferentes servicios para gozar y estar habilitados en su desempeño como ciudadanos activos. Ya que, para lograr revertir dicha discapacidad la persona debe conseguir y mantener una calidad de vida aceptable y para ello son fundamentales acciones tales como la promoción de la salud, prevención de discapacidad y recuperación funcional, así como integración e inclusión social.(Amate y Vásquez, 2006)

Es ahí que la rehabilitación se vuelve un componente fundamental de la salud y una responsabilidad social, pues con ella se puede apuntar a que la persona con discapacidad logre la equidad.

3.4-Rehabilitación

La rehabilitación es el conjunto de actuaciones destinadas a prevenir, disminuir o revertir las consecuencias de las pérdidas funcionales, potenciar el aspecto funcional que permanece sano e incidir sobre los factores externos que impiden u obstaculizan la participación plena de la persona. Asegurando que la misma logre llevar a cabo habilidades tanto físicas, como emocionales, intelectuales y sociales que son necesarias para vivir en la comunidad con el menor apoyo posible de los profesionales, y de ese modo disminuir el efecto de la discapacidad logrando su integración social.(Amate, 2006 y AMRP, et.al 2007). Esta reducción del nivel de discapacidad (disminución del factor negativo) y desarrollo y aumento de la capacidad potencial (incremento del factor positivo) posibilita una mejor calidad de vida.

Los métodos más importantes por medio de los cuales se alcanza esta meta, implica enseñar a la persona las habilidades específicas necesarias para funcionar eficazmente, pero el objetivo de la rehabilitación no debe ser solo entrenar a la persona con discapacidad para que se adapte al medio, sino que también deben apuntar a su integración en el ambiente inmediato desarrollando recursos ambientales y comunitarios necesarios para apoyar o reforzar su nivel actual de funcionamiento. (Amate, 2006 y AMRP, et.al. 2007)

En resumen, es fundamental contar con servicios y programas de rehabilitación en los ámbitos de la salud, educación, laboral y servicios sociales, que sean flexibles para adaptarse a las necesidades de las personas. Dichos programas deben contar con una amplia gama de actividades que apunten a la capacitación para mejorar el ejercicio de las funciones afectadas o la compensación de las mismas, fomentar la autonomía, el asesoramiento a la persona con discapacidad y a sus familiares, amigos, apoyos, nicho social y cualquier otro elemento relevante para cumplir sus objetivos. (Amate 2006 y AMRP, et al. 2007)

3.5-Rehabilitación psicosocial

La concepción de discapacidad antes propuesta, señala la necesidad de implementar desde una mirada interdisciplinaria dispositivos de rehabilitación que tome en cuenta no solo las deficiencias sino también el carácter psicosocial de la discapacidad y las consecuencias a largo plazo que la misma conlleva. Y por lo tanto, que apunte a disminuir las barreras del entorno y entrene a la persona con discapacidad de manera que ésta pueda interactuar con su contexto de forma adecuada y gozar de los mismos derechos que el resto de la población. La concepción de rehabilitación que mejor se adecua a esta postura es la de rehabilitación psicosocial, pues la misma más que un conjunto de técnicas, es una filosofía que brinda una visión global de la enfermedad mental dándole tanta importancia a la dimensión socio-ambiental como a la biológica. (Awad, 2008; Minoletti, 2000; y Lubrini, et.al 2011) Dicha postura toma como eje prioritario las fortalezas de la persona, apoyándose en ellas y potenciándolas, y en los recursos existentes en su medio natural, sin cometer el error de intentar crear entornos ideales. (Rodríguez, 1997).

La World Association of Psychosocial Rehabilitation (1997), establece que la rehabilitación psicosocial es un proceso que facilita a la persona diagnosticada con trastorno mental que presenta discapacidad, alcanzar su máximo nivel de funcionamiento independiente dentro de la comunidad. En dicho proceso se trabaja para una mejoría en la competencia individual

y se busca generar cambios en el entorno de la persona respetando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad. Abarca diferentes ámbitos, como el hospitalario, el laboral, educacional, la vivienda, etc. involucrando varios actores como los profesionales, la familia, los administradores de servicios comunitarios, entre otros.

Gonzáles Cases y Rodríguez González (2010), señalan a partir de los aportes otorgados por Desviat (1995), que la rehabilitación psicosocial surge a partir de los años setenta en Estados Unidos con el objetivo de implementar técnicas que brinden herramientas a la persona para lograr la mejor calidad de vida posible.

En nuestro país los tratamientos psicosociales con orientación técnica comienzan propiamente en 1972 con la creación del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica.(Pardo,et al. 2002). Según Hernández y Monsalve (2011) la rehabilitación psicosocial ha demostrado ser, en la historia reciente de la psiquiatría y la salud mental, un ingrediente clave en la eficacia de los procesos de desinstitucionalización, recuperación e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales. Rodríguez y Bravo (2003) la conciben como un conjunto de estrategias de intervención psicológicas y sociales que sirven como complemento a los tratamientos farmacológicos, a las psicoterapéuticas y al manejo de los síntomas, se orientan fundamentalmente a la mejora del funcionamiento tanto personal como social, apoyando a la persona a que se integre en la comunidad y se desenvuelva en su vida cotidiana de la manera más autónoma y digna posible, así como a desempeñarse y manejarse en diferentes roles y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse en los diferentes entornos comunitarios, todo esto con la mayor calidad de vida posible.(Navarro, 2009)

Las intervenciones psicosociales pretenden reducir el impacto que tiene los síntomas negativos, positivos y cognitivos en la vida de la persona con esquizofrenia, mejorar el funcionamiento personal, favorecer y posibilitar el adecuado uso del tiempo libre, aumentar el conocimiento que pueda tener ella y su familia sobre la enfermedad, así como favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, prevenir recaídas, mejorar las habilidades sociales y la propia red social del usuario, promocionando estrategias de afrontamiento del estrés para favorecer la autonomía.(Florit-Robles, 2006; Panzano, 2013)

Para cumplir con dichos objetivos utiliza una metodología de trabajo estructurada y con secuencias claras de desarrollo, cuyo factor esencial es la confección de un Plan Individualizado de Rehabilitación.(Navarro, 2009; Rodríguez,1997). Es así que se llevarán a

cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios, ofreciendo dentro del abanico de propuestas, además de protocolos de evaluación social y funcional, técnicas de entrenamiento y desarrollo de habilidades sociales y del autocuidado, herramientas ocupacionales y de la vida diaria, reforzamiento y recuperación en habilidades cognitivas, psicomotricidad, actividades corporales y artística, psicoeducación de los usuarios y familiares, promoción de estilos de vida saludables, además de protocolos de seguimiento y apoyo comunitario, asesoramiento a la familia, etc.(Navarro, 2009).

En su mayoría son propuestas grupales, pues el “grupo” es uno de los principales agentes socializadores en el que funcionan diversos mecanismos específicos, posibilita la re-socialización y el desempeñarse, desde ya, en el mayor número posible de roles sociales.(AMRP, et al. 2007)

La rehabilitación psicosocial debe contar con un equipo interdisciplinario, que utilice los conocimientos individuales para volcarlos conjuntamente y trabajar en el tratamiento de la discapacidad, elaborando prácticas desde un enfoque integral que permita resolver problemas de diversa índole que afectan las áreas funcionales y sociales de la persona, su familia y su entorno.(Amate, 2006; Rodríguez,1997). Dentro del equipo técnico debe existir comunicación constante y respeto mutuo para alcanzar los objetivos.(Amate, 2006)

En definitiva se considera de gran relevancia para la rehabilitación, que las personas con esquizofrenia desarrollen las estrategias necesarias para enfrentarse a problemas cotidianos. Con el objetivo de cumplir dicho propósito se trabaja con diferentes actividades y propuestas entre la que se encuentra la estimulación cognitiva, para lograr una disminución de las disfunciones y reducir la brecha negativa entre los factor personal y los externo disminuyendo así la discapacidad. (Abelleira y Touriño, 2010).

3.6-Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

Para elaborar el plan primero se deben de realizar evaluaciones individuales del sujeto mediante entrevistas semiestructuradas, observación, informes, inventarios, escalas, cuestionarios, batería de test validadas, etc. Entre los aspectos que se indaga esta el funcionamiento cognitivo haciendo hincapié en cómo interfiere en su vida diaria y en las competencias sociales.

Utilizando los datos recabados en la evaluación, se elabora el PIR con objetivos y estrategias de intervención de acuerdo a las características de la persona y los recursos con los que cuenta el centro. El plan debe ser flexible y se deberá modificar todas las veces que sea necesario. Este plan individual debe de temporalizar sus objetivos en corto, mediano o largo plazo, teniendo en cuenta los temas que son prioritarios y los que son generales. Además, los mismos no deben ser extensos e inalcanzables, sino más bien realistas. Como el plan es consensuado, debe ser compartido por el equipo técnico y el usuario contemplando las necesidades que este manifiesta.

Un buen plan debe de abarcar los objetivos planteados, la metodología que se seguirá, los profesionales responsables del seguimiento de cada uno de los objetivos y la temporalización.(Florit-Robles, 2006; Rodríguez, 1997)

3.7-Estimulación Cognitiva

Como se planteó anteriormente dentro del abanico de actividades que propone la rehabilitación psicosocial se encuentra el reforzamiento y recuperación de habilidades cognitivas, siendo justamente a eso que se aboca la estimulación cognitiva.

¿De qué hablamos cuando decimos estimulación cognitiva?

La estimulación cognitiva es una herramienta que abarca toda intervención psicológica en donde se ponga en marcha actividades y situaciones que posean un conjunto de técnicas y estrategias sistemáticas y estandarizadas que a su vez se articulan y estructuran en lo que se denomina “Programa de Estimulación”. Dicho programa tiene como objetivos estimular y mejorar el rendimiento cognitivo general o la eficiencia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, planificación, procesos de orientación, praxia, cálculo, etc.) y a su vez

intenta según Puig (2001), (en Madrigal, 2007) mantener las habilidades intelectuales conservadas con la finalidad de restaurar la autonomía de la persona a quién se le aplique.(Lubrin, et.al 2011; García Sevilla, 2010)

La concepción de la estimulación cognitiva según Arriola e Inza (1999), (en Madrigal, 2007) parte de la premisa de la flexibilidad y plasticidad cerebral, que es la capacidad del cerebro para modificar su propia organización estructural y su funcionamiento en respuesta a los acontecimientos del entorno En base a esto, según García Sevilla (2010) la estimulación cognitiva parte de dos supuestos básicos

- Que el cerebro es susceptible de modificar su estructura y su funcionamiento aumentando el número de sinapsis entre las neuronas bajo condiciones apropiadas, permitiendo una mayor y mejor adaptación del individuo al medio.

- Que las capacidades cognitivas no dependen únicamente de factores genéticos y hereditarios, sino del aprendizaje e interacción que la persona establece con el ambiente, esto implica que puede modificar y mejorar mediante la práctica.

Esta neuroplasticidad también se da en casos de daño cerebral y de deterioro cognitivo, las áreas no afectadas por la lesión o deterioro pueden asumir tales funciones generando una restitución funcional del sistema dañado, permitiendo a la persona adaptarse a la nueva situación y restablecer el equilibrio alterado. Este concepto es importante porque bajo el efecto de estimulaciones apropiadas y constantes, llevando a cabo una práctica y repetición sistematizada, el cerebro puede modificar favorablemente su estructura y su funcionamiento, ofreciendo la posibilidad de optimizar el rendimiento y las capacidades cognitivas; en definitiva, puede aprender.(García Sevilla, 2010). Para lograr esto la estimulación cognitiva utiliza como base, técnicas clásicas de rehabilitación, del aprendizaje y actividades pedagógicas. (Madrigal, 2007)

De este modo la estimulación cognitiva puede ser aplicada con dos propósitos, para ser destinada en cualquier persona con el objetivo de desarrollar las capacidades mentales y mejorar y optimizar su funcionamiento, haciendo que sean más hábiles y diestras. Ejemplos de este tipo de intervención se dan en los talleres que apuntan a mejorar la memoria en la tercera edad, en los programas de estimulación temprana en la infancia, también en el ámbito deportivo apuntando a mejorar habilidades visoespaciales o de la concentración. (García Sevilla, 2010).

O, por otro lado con un objetivo terapéutico aplicándose en determinadas poblaciones con algún tipo de retraso, alteración, déficit o deterioro cognitivo importante y significativo posibilitando en mayor o menor medida mejorar su calidad de vida. Buscando mejorar el

funcionamiento de las capacidades cognitivas que presentan algún tipo de retraso, rehabilitar y recuperar funciones cognitivas que han sufrido algún déficit o/y enlentecer el deterioro producido por algún tipo de proceso neurodegenerativo. En esta función predomina la planificación sustentada en una base científica y teórica, siendo el eje principal de dicha planificación el PIR. (García Sevilla, 2010; Rodríguez- Rodríguez, 2002). Ya que cada tarea debe estar adaptada al nivel de dificultad y necesidad de la persona, aplicándose diferentes técnicas que se dirijan tanto a motivarla a la actividad, como a facilitar su ejecución. Además las tareas deben ser afines a los intereses personales y tener significado para quien las realiza. (Rodríguez- Rodríguez, 2002)

Para poder aportar al PIR, se lleva a cabo la evaluación con una batería de test que evalúe cada una de las funciones cognitivas de la persona dirigida a establecer un diagnóstico neuropsicológico, conocer los procesos cognitivos preservados, perdidos o alterados, así como el tipo y grado de alteración. Además dicha evaluación debe ser aplicada más adelante para saber si efectivamente se logró cumplir con los objetivos planteados por el PIR, permitiendo así proponerse nuevas metas o modificar las estrategias para cumplir de forma adecuada con los objetivos antes propuestos. (Rodríguez- Rodríguez, 2002)

En dicha evaluación se toman en cuenta tanto los resultados obtenidos de la persona, como aspectos durante el desenvolvimiento de su realización (como tolerancia al fracaso, fatiga, motivación, preocupación por los resultados, ansiedad y etc.), ya que brindaran información sobre sus habilidades de afrontamiento frente a las diferentes tareas. Permitiendo al profesional anticipar si las mismas entorpecerán la aplicación de algunas técnicas y planificar cómo manejarse para afectar en la menor medida su autoestima, ya que si la persona se siente segura y capaz lo intentara con más entusiasmo. Asimismo, se deberá recoger información de la persona que resulte de importancia para este tipo de intervención, como por ejemplo: el nivel académico premórbido, los hábitos e intereses, la existencia de alteraciones de conducta o desajustes psicoafectivos y las habilidades para la relación social. (Rodríguez- Rodríguez, 2002; AMRP, et.al 2007)

Es así que la estimulación cognitiva traza su trabajo con la persona de acuerdo a los objetivos acordados en el PIR, esto permitirá la selección de tareas adaptadas a las necesidades y características personales, que a su vez deberán ir de la mano de un seguimiento periódico con el objeto de ir revisando y ajustando los objetivos y la metodología al grado de dificultad y evolución psicoafectiva. (Rodríguez- Rodríguez, 2002)

En cuanto a la puesta en práctica cada tarea de estimulación cognitiva puede estar enfocada en actuar sobre una función o proceso específico, o a un nivel más global. Sin embargo, cabe destacar que toda tarea actúa de un modo u otro en forma más global estimulando otras funciones y procesos cognitivos, ya sea porque comparte subprocesos con la función estimulada específicamente, o porque en la tarea existan demandas añadidas a la función referencial. (Rodríguez- Rodríguez, 2002)

Las tareas pueden ser aplicadas de forma individual o grupal. La realización de tareas grupales deben llevarse a cabo en un clima lúdico y de confianza, evitando la competencia o el fomento de la frustración en las personas que presenten mayores dificultades.

3.8-Rehabilitación neuropsicología y rehabilitación cognitiva

Es importante dedicar un apartado a la rehabilitación neuropsicología y la rehabilitación cognitiva ya que muchas veces se confunde estos términos con estimulación cognitiva, incluso son usados como sinónimos, pero lo cierto es que son diferentes. (Lubrin, et.al 2011)

La rehabilitación cognitiva se puede definir como *“el conjunto estructurado de actividades terapéuticas especiales diseñadas para re-entrenar las habilidades de aquellos individuos que han sufrido algún tipo de déficit cognitivo tras una lesión o enfermedad (sea el daño cerebral, estructural o funcional).”* (García Sevilla, 2010, p.4) En esta definición se habla de re-entrena, eso implica que previamente hay función que se desarrolló adecuadamente y que en algún momento se pierde, por lo que la rehabilitación cognitiva se orienta a recuperar lo perdido. Pero además Selma (2012) nos habla que la rehabilitación cognitiva no solo trabaja por la restitución de las funciones cognitivas perdidas sino que también apunta a la compensación de las mismas, teniendo como objetivo dotar a la persona de herramientas que le permitan atenuar el impacto de los déficits cognitivos utilizando técnicas de tipo “interno” (apoyos mentales o interiorizados) y “externo” (dispositivos físicos).

Según Bellack y cols. (1999), (en Selma, 2012) las modalidades más utilizadas en la rehabilitación cognitiva son generalmente de tipo restitutivas. Sin embargo según como Ericsson y Hastie (1994), (en Selma, 2012). en personas diagnosticadas con esquizofrenia los abordajes de tipo compensatorio suelen ofrecer resultados superiores a los de tipo restitutivo.(Selma, 2012). Pues diversificando las estrategias, el sujeto logra evitar

situaciones que expongan sus deficiencias cognitivas y utilizando tareas ya sobre aprendidas se reduce los requerimientos cognitivos sobre otras áreas cuyo funcionamiento es deficitario en la esquizofrenia (por ejemplo la memoria de trabajo), permitiendo un funcionamiento más adaptativo, aunque las deficiencias cognitivas se vuelvan a poner de manifiesto ante situaciones nuevas. Por lo tanto, su funcionamiento social resulta menos afectado. (Selma, 2012)

En definitiva la rehabilitación cognitiva

mejora el funcionamiento adaptativo y la calidad de vida del paciente, y permitir tanto a éstos como a sus familiares manejar, sobrellevar o reducir los déficit cognitivos, los problemas conductuales y las alteraciones de la personalidad de las personas que han sufrido una lesión cerebral.(García Sevilla, 2010, p.5)

A diferencia de la estimulación cognitiva esta clase de rehabilitación que busca recuperar lo perdido, no podrá ser utilizada en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas ni tampoco en el caso de que la persona presente una disfunción cognitiva desde el nacimiento. Pues la misma no apunta a enlentecer el proceso neurodegenerativo ni tampoco puede recuperar algo que de por sí la persona nunca tuvo.

A su vez la estimulación cognitiva no necesariamente debe trabajar con un objetivo terapéutico sino que puede ser aplicada a cualquier individuo, incluso sin ningún problema en sus capacidades cognitivas, a diferencia de la rehabilitación cognitiva que tiene un claro objetivos terapéutico. Sin embargo la rehabilitación cognitiva puede desde su enfoque utilizar como herramienta a la estimulación cognitiva dentro de su plan de rehabilitación. Y a su vez la misma puede estar contenida dentro de un contexto más amplio de actuación llamado rehabilitación neuropsicológica.

La rehabilitación neuropsicológica apunta a el restablecimiento del usuario buscando llevar al mismo al mayor grado posible de funcionamiento tanto físico, como psicológico e intentando a su vez reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes, posibilitando un nivel óptimo de adaptación e integración social.(Lubriní, et.al 2011). Incluye diferentes tipos de intervención dirigidas, a la rehabilitación cognitiva que implica a la estimulación cognitiva, la esfera neuroconductual que implica la modificación de conductas desadaptativas causadas por la lesión o disfunción cerebral y por último la esfera psicosocial en donde se busca la reinserción del sujeto en lo social, familiar y laboral y su readaptación vocacional o profesional. (García Sevilla, 2010; Lubriní, et.al, 2011) .

En definitiva

La rehabilitación neuropsicológica abarca cualquier estrategia de intervención que tenga como objetivo permitir a los pacientes que han sufrido una lesión cerebral, y a sus familiares, reducir las alteraciones cognitivas y conductuales, manejar estas dificultades y reducir su impacto en la vida cotidiana. (Lubriní, Periañez y Ríos-Lago, 2011 ,p 13)

A diferencia de la estimulación cognitiva, la rehabilitación neuropsicológica no solo se centra en el funcionamiento neurocognitivo sino que también aborda el daño cerebral y la discapacidad que conlleva, y la esfera social.

En resumen, la estimulación cognitiva se centraría en la persona y en mejorar su funcionamiento cognitivo, mientras que la rehabilitación neuropsicológica no solo se ocupa de esto, ya que el cambio que busca no es solo en la persona sino que apunta a revertir la discapacidad, trabajando con la persona y con el entorno social que no puede contener esa dificultad que la misma presenta.(Lubriní, et.al 2011). Es así que la estimulación cognitiva no puede de por sí ser una herramienta que posibilite revertir la discapacidad, pero contenida dentro de un programa de rehabilitación puede, en conjunto con otras herramientas, apuntar a una inserción social de la persona y una mejor calidad de vida.

4. Desarrollo

4.1-Aportes de estimulación cognitiva en la rehabilitación psicosocial en persona diagnosticadas con esquizofrenia.

El deterioro en el funcionamiento cognitivo es muy común en sujetos con psicosis, aproximadamente entre el 60% y el 80% presentan estos déficits.(Florit-Robles, 2006; Gonzáles y Rodríguez, 2010). Específicamente en esquizofrenia cerca del 85% de las personas diagnosticadas con este trastorno experimentan algún grado de deterioro cognitivo, presentando desviaciones estándar entre uno y tres, por debajo el promedio de la población general. (Loubat, Cifuentes y Peralta, 2013). Se han identificado dos tipos de funciones que estarían alteradas en las personas con esquizofrenia; las funciones cognitivas básicas como las funciones ejecutivas, memoria de trabajo, memoria y atención por un lado, y las funciones de la cognición social, que son la capacidad de prever las reacciones de los demás, encontrar soluciones a los conflictos, percibir el entorno correctamente, planificar y resolver problemas por otro.

Los déficits cognitivos como se dijo anteriormente son considerados parte central del desarrollo de la esquizofrenia y son un factor determinante del nivel de deficiencia en las

personas, quizás en mayor medida que los síntomas positivos y negativos propios de la enfermedad.(Barrera, 2006). Además Choi (2009), (en Sema, 2012) postula que las alteraciones cognitivas en este trastorno son consistentes y persistentes, y son las que peor responden al tratamiento de psicofarmacológico, por esto se debe buscar alternativas de tratamiento. El mismo autor sostiene que los déficits cognitivos son la base de las alteraciones sociales cuyo papel es central en la esquizofrenia y están fuertemente relacionados con la calidad de vida de estos pacientes y su capacidad funcional a largo plazo. Por otro lado, la vulnerabilidad premórbida cognitiva que conlleva este trastorno, impide la adquisición de habilidades sociales adaptativas, bloquea la capacidad para afrontar los cambios producidos por la enfermedad o para resolver situaciones ambientales adversas lo cual hace a la persona vulnerable, ya que reducen las estrategias de afrontamiento e interfieren en la adquisición de nuevos aprendizajes.(Gabaldón , et al. 2010)

Desde la década de los 90 ya se reconoce que dichas alteraciones determinaban la respuesta que puede dar la persona en un programas de rehabilitación, posiblemente debido a la influencia de los mismos en la capacidad de aprendizaje requerida para el proceso de rehabilitación funcional, así como las habilidades que tienen para resolver problemas y sus niveles de funcionamiento en la comunidad. (Penadés y Gastó 2010).

Dichas alteraciones se presentan en el cotidiano de la persona y dificultan su día a día, por ejemplo las personas que presentan déficit en la memoria posiblemente tendrán dificultad para tomar correctamente su medicación, olvidaran las indicaciones, no recordarán las fechas de reuniones, citas o fechas de sus controles, no podrán recordar lo que fueron a comprar al supermercado o las conversaciones que mantuvieron durante el día, no sabrán dónde dejaron objetos cotidianos, tendrá que comprobar si han ejecutado alguna acción, etc.(Barrera, 2006). Ni que hablar de los déficit atencionales los cuales son fundamentales para el correcto funcionamiento social, ya que es necesario atender a los interlocutores, comprenderlos, utilizar información contextual-histórica, etc.(Selma, 2012) Por otro lado las personas con funciones ejecutivas deficitarias tendrán dificultad en tareas que requieran de la capacidad de organización, monitoreo y/o el control de la propia conducta repercutiendo en el enfrentamiento cotidiano interpersonal y dejando a la persona más vulnerable al estrés social.(Loubat, et.al 2013). Esto deja de manifiesto que las disfunciones cognitivas pueden entorpecer el vivir de modo independiente, el establecimiento de relaciones interpersonales significativas, el logro de mantener un empleo o la adaptación a los cambios.

Además la CIE-10 remarca como característica relevante de la esquizofrenia la distorsiones del pensamiento, estas alteraciones pueden afectar claramente la vida de la persona en todos los ámbitos con los que interactúa, pues el desorden psíquico será reproducido en el afuera, siendo muy difícil poder planificar y llevar a cabo cualquier tarea adecuadamente si primero no se trabaja sobre esta dificultad. Las funciones cognitivas están directamente relacionadas con estos procesos de pensamiento siendo importante trabajar sobre ellas para mejorar su distorsión.

Es así que pensar en el mejoramiento de estas cogniciones permite a la persona poder mantener el proceso de rehabilitación y tener un mejor pronóstico de los resultados. Posibilitando que cumpla de mejor manera con funciones vitales como el empleo, las relaciones interpersonales, el estudio, etc., dentro del contexto real en el que vive.

En definitiva, la concepción de discapacidad anteriormente postulada manifiesta la necesidad de trabajar para que las personas con discapacidad sean incluidas en la sociedad y pueda llevar una vida digna con el mayor grado de autonomía posible. Esto implica trabajar desde una mirada multidisciplinaria generando políticas y dispositivos que intervengan no solo con la persona y su disfunción sino también disminuyendo las barreras del entorno y proporcionando elementos facilitadores o dispositivos de apoyo. Entre esos dispositivos de apoyo se encuentra la rehabilitación psicosocial que apunta a cumplir este ideal, trabajando entre otras cosas en el entrenamiento y reforzamiento de las capacidades para la competencia de las habilidades sociales, ya que intentar insertar a las personas sin ninguna clase de apoyo podría acarrear ciertas dificultades en sus competencias sociales. Estas dificultades en los sujetos con esquizofrenia, como ya se manifestó, están fuertemente ligadas no solo a los problemas sociales o emocionales sino también a alteraciones cognitivas, es por esto que se hace necesario implementar técnicas de reforzamiento y mejoramiento de las funciones cognitivas como parte de la rehabilitación psicosocial. En esta línea de trabajo se encamina la estimulación cognitiva buscando que los déficit cognitivos se reviertan y generen el menor impacto negativo posible, creando a su vez en conjunto con la persona estrategias compensatorias. Es por esta razón que cada vez tiene más peso y relevancia en el campo de la salud mental y el contexto psicosocial a nivel internacional.(García Sevilla, 2010)

La misma en el trabajo con la persona diagnosticada con esquizofrenia apunta a mejorar su funcionamiento general que presenta deficiencias o limitaciones cognitivas, para facilitar su participación en las actividades cotidianas. Por ende no trabaja con las personas por su trastorno sino con su aspecto funcional que presenta algún déficit. Ni tampoco apunta a

curar a las personas, sino a recuperar sus funciones cognitivas que se encuentran deterioradas, preservar y optimizar las que tienen un adecuado funcionamiento y compensar aquellas que se perdieron. Dichas compensaciones pueden ser de orden interno (apoyos mentales o interiorizados) o externo (dispositivos físicos).

Por ende debe ser una herramienta que brinde el sostén necesario para que la persona pueda insertarse en la sociedad, mejorar su porcentaje de deficiencia y por tanto incrementar la calidad de vida. Con la intención según Loubat, Cifuentes y Peralta (2013) de evitar el deterioro y mantener un funcionamiento mental que luche en contra de la desvinculación social, fortalezca la autonomía del paciente y evite su discapacidad.

Asumo que para brindar un apoyo adecuado a las personas diagnosticadas con esquizofrenia la estimulación cognitiva, debería ser aplicada con un propósito terapéutico. En esta función, como ya se dijo anteriormente predomina la planificación sustentada en una base científica y teórica, siendo el eje principal de dicha planificación el PIR. (García, 2010; Rodríguez- Rodríguez, 2002). Esta característica se hace relevante en el trabajo con personas con esquizofrenia debido a la heterogeneidad de déficits cognitivos en este trastorno.(Selma 2012). Para poder planificar la intervención se debe de contar con evaluaciones detalladas antes, durante y después de llevar a cabo el plan de acción, para ver la efectividad de su aplicación en base a los avances de la persona y para adaptar sobre el proceso las técnicas y estrategias necesaria en relación a las dificultades, necesidad e intereses puntuales de la persona. Por otro lado se debe de alternar entre actividades de aplicación individual y actividades de trabajo grupal simples, con el objeto de que los usuarios interactúen, se cree un vínculo terapéutico, se sientan acogidos y participen activamente en la actividad.

En líneas generales la estimulación en el trabajo específico con las funciones cognitivas en las personas con esquizofrenia apunta a:

- Paliar los déficit cognitivos mediante el aprendizaje de estrategias compensatorias.
- Mejorar las capacidades iniciales del procesamiento de información (atención) que están en la base de dificultades en otras áreas del funcionamiento de la persona con esquizofrenia.
- Incrementar la capacidad de los sujetos para planificar y llevar a cabo acciones de su vida diaria.
- Reducir las repercusiones negativas sobre el desenvolvimiento cotidiano que producen las alteraciones cognitivas.
- Mejorar capacidades cognitivas superiores como el establecimiento de asociaciones adecuadas, pensamiento abstracto, formación de conceptos, formación de una opinión.

- Reducir el grado de ansiedad con el que se experimentan las interacciones sociales, debido a la presencia de importantes alteraciones en el procesamiento de la información.

Pero la estimulación cognitiva no trabaja únicamente con las funciones cognitivas sino que también aporta en la inserción social de la persona con esquizofrenia, basada en los siguientes supuestos establecidos por Bellack y cols. (1999), (en Selama 2012):

Es posible la mejora significativa a nivel cognitivo en la esquizofrenia; como hay una relación causal entre los déficits cognitivos y el funcionamiento social deficitario en la esquizofrenia; mediante una mejora a nivel cognitivo puede efectuarse una mejora también en las esferas social. Los mismos se vieron reflejados en los resultados del estudio realizado por Loubat, Cifuentes, y Peralta, (2013) en donde se comprobó que después de la intervención con esta herramienta, además de mejorar significativamente en la performance estadística de las funciones cognitivas atención selectiva, memoria de corto y largo plazo y funciones ejecutivas, también se evidenciaron cambios estadísticamente significativos en los factores como sentimiento de autoeficacia, percepción de la atención psiquiátrica y vida amorosa. Además el análisis global estadístico arrojó que la percepción de la calidad de vida también mejoró. En definitiva la estimulación cognitiva cuando trabaja sobre las funciones cognitivas trabaja indirectamente en el reforzamiento de las habilidades sociales.

Por otro lado cabe destacar que como el funcionamiento cognitivo en el ser humano no es independiente de otros factores relevantes de la persona, tales lo psicoafectivo, social y biológico, la estimulación cognitiva debe poseer una postura de carácter global e integral en su intervenciones, que incluya y tenga en cuenta en su diseño las diferentes dimensiones del ser humano y la interacción continua que se produce entre ellas.(Madrigal 2007; Rodríguez- Rodríguez, 2002)..

En consecuencia la estimulación cognitiva en conjunto con otras intervenciones de la rehabilitación psicosocial debe de ser un proceso a través del cual las personas con discapacidad trabajan junto a los profesionales, para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, social y vocacional posible.

Sumando a su lista los siguientes objetivos:

- Mejorar o aumentar la comprensión e interpretación adecuada de las situaciones sociales.
- Que la persona logre utilizar las experiencias aprendidas previamente.
- Mejorar la capacidad de atención y concentración necesarias en la comunicación con los demás.
- Aumentar la capacidad de escucha y de respeto de los mensajes del interlocutor.

- Mejorar la comprensión del contenido de la comunicación recibida.
- Responder de forma relevante y pertinente a los comentarios y preguntas del interlocutor.

5. Reflexiones Finales

Las personas con esquizofrenia además de presentar deficiencias a causa de los diferentes síntomas de dicho trastorno, enfrentan día a día la estigmatización y discriminación por parte del colectivo social, siendo generalmente excluidas del mismo. Es por esto que se puede decir que la esquizofrenia es un trastorno altamente discapacitante. De acuerdo a la concepción de discapacidad basada en el paradigma de derechos humanos, hoy en día, tanto a nivel internacional como en nuestro país, se están comenzando a tomar diferentes medidas y dispositivos de intervención para que esa situación cambie. Apuntando a apoyar y acompañar a las personas con discapacidad hacia un proceso de inclusión social que les permita tener con el mayor grado de autonomía posible una vida plena, digna y libre de todo obstáculo al igual que el resto de las personas.

Como ya se manifestó en este trabajo, dichas medidas y dispositivos de intervención deben de actuar en los ámbitos comunitarios, familiares, laborales, educacionales o recreativos, trabajando no solo con la persona y su disfunción, sino también con su entorno, disminuyendo las barreras y proporcionando elementos facilitadores o dispositivos de apoyo. Es ahí donde la rehabilitación psicosocial en personas con esquizofrenia toma un papel importante, pues con una mirada global apunta a generar intervenciones en el contexto comunitario de la persona y en sus relaciones vinculares más cercanas, trabajando a su vez, con la misma en el entrenamiento y reforzamiento de las capacidades para la competencia de las habilidades sociales, acompañándola en su proceso de inserción social, apoyándolas en la superación de sus ansiedades frente a lo raro y desconocido, estimulando su integración grupal y desarrollando lentamente su autonomía. Para esto se despliega un abanico amplio de propuesta que aportan desde diferentes lineamientos. Entre estas se encuentra la estimulación cognitiva, la cual a mi entender debe ser uno de los ejes centrales dentro del proceso de rehabilitación. Pues trabaja sobre las alteraciones cognitivas, que son las que determina la respuesta que dará la persona frente a un programa de rehabilitación. A su vez estos déficit son la base de las alteraciones sociales, pues si la persona tiene un inadecuado funcionamiento cognitivo se verán afectadas la capacidad de manejarse autónomamente, de resolver problemas, no mantendrá correctas relaciones interpersonales, no podrá mantener un trabajo o estudio, etc, es decir que no tendrá un adecuado funcionamiento cotidiano en la comunidad y no estará incluida

socialmente. Por tanto la estimulación cognitiva en su trabajo por el mejoramiento, reforzamiento y compensación de las funciones cognitivas. Además de mejorar el funcionamiento cognitivo, contribuye para que la persona tenga un mejor funcionamiento general, facilitando a su vez su inserción social y mejora su calidad de vida.

En el trabajo con personas diagnosticadas con esquizofrenia la estimulación cognitiva es aplicada con un objetivo terapéutico y como ya se expresó anteriormente, en esta modalidad predomina la planificación fundamentada en una base científica y teórica, trabajando sobre las bases del PIR y a su vez aportando al mismo desde su intervención. Para esto es necesario que el profesional conozca y maneje información sobre el tema y sea capaz de aplicar oportunamente las técnica y estrategia. Es entonces que se hace fundamental el trabajar en la elaboración de nuestros propios textos e investigaciones y garantizar a los profesionales la adecuada preparación formalizada en la utilización de esta herramienta, para que todo lo que sea nombrado como “Estimulación cognitiva” sea realmente la concepción antes mencionada o persiga los mismos objetivos.

Además con el fin de poder realizar una adecuada intervención, considero fundamental destinar tiempos y esfuerzos no solo al trabajo directo con la persona o con el grupo, sino también a la planificación. Esto implica personalizar las técnicas en función a las dificultades, necesidades e interés de la personas, siendo fundamentales las evaluaciones exhaustivas de cada individuo con el que se trabaja. Dichas evaluaciones no deben ser únicamente cualitativas o subjetivas pues se necesitan resultados objetivos. Se hace necesaria entonces la implementación de mediciones cuantitativas que confirmen la eficacia y eficiencia de la estimulación cognitiva, que detallen en qué medida aporta a la mejora del funcionamiento cognitivo general y al inserción social de la persona. Para esto es relevante adaptar instrumentos de medida aceptado y consensado, a las propias características de nuestra población y contexto, que permita una adecuada comparación de resultados con otros estudios o investigaciones.

Si vamos por este camino seremos capaces de responder y de rehabilitar adecuadamente los déficit cognitivos que hoy en día resulta uno de los aspectos más difícil de revertir o cambiar en las persona con esquizofrenia. A su vez, trabajando sobre la deficiencia de la persona se achicara la brecha negativa entre el factor personal y el factor externos y eso disminuirá la discapacidad. En definitiva si trabajamos por el mejoramiento de las funciones cognitivas, veremos resultados también en la calidad de vida de la persona, en la adherencia al plan de tratamiento y en su inserción social.

6. Referencias bibliográficas

- Abelleira, C. y Touriño, R. (2010). Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento. En J. Fernández, R. Touriño, N. Benítez y C. Abelleira. (Eds.), *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. FEARP. Valladolid. ISBN: 978-84-614-1605-9. (pp. 97-111). Recuperado de https://www.aen.es/docs/Libro_Evaluacion_FEARP.pdf
- Almate, A., & Vásquez, A. (2006). Discapacidad lo que debemos saber en América Latina. *OPS. Publicación científica y técnica*, (616.24). Washington. Ed Amate, E. Alicia.
- Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales (INTRESS) Asociación Guipuzcoana de Familiares de Enfermos Psiquiátricos (AGIFES) (2007) *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*. 4-153-Madrid: ARTEGRAF, S.A. Recuperado en: <https://consaludmental.org/publicaciones/ModeloCentroRehabilitacionPsicosocial.pdf>
- Awad, G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 72(2), 121-129. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2008/02_Trabajo%20Original.pdf
- Barrera P,A.(2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 44 (3) 215-221
Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v44n3/art07.pdf>
- Gabaldón Poc,O; Ruiz Iriondo,M; Bilbao Ramírez,Mª A; Burguera,J.Mª; Alústiza García, A; Erkizia Amilibia*, B; Sakara Magallón, Mª J.(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). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000100005
- CIE-10 (1994) *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. 1-337. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Esquizofrenia Nota descriptiva N°397(2016). Organización Mundial de la Salud.
Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

-Espert.R, Navarro.F, Gadea.M(1998) Psicología conductual, Neurología de la esquizofrenia. 6 (1) 29-48. Recuperado de: <http://funveca.org/revista/PDFespanol/1998/art02.1.06.pdf>

-Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. En Apuntes en Psicología, 24 (1-3) Universidad de Sevilla.

-Fontes, C. (2014) La Rehabilitación Psicosocial en la Psicosis Esquizofrenia. Uruguay: Montevideo. Recuperado de: <http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/TRABAJO%20FINAL%20de%20GRADO-%20Celina%20Fontes-29-07-14.pdf>

-García Sevilla, J.(2010)Tema.1 Introducción a la estimulación cognitiva. 1-20 .Universidad de Murcia .Recuperado en: <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/estimulacion-cognitiva/material-de-clase-1/tema-1-texto.pdf>

-González Cases, J. Y Rodríguez González, A. (2010). Programa de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria de las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*. Vol. 21, No. 3. (pp. 319-332). Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/1806/180615360009.pdf&sa=U&ei=tZIGU76qLpTr0QHqt4CwCw&ved=0CCAQFjAA&sig2=W8_uxWFQELvG6SOwyKT4gA&usg=AFQjCNFJm-5VeQI5YgzpiAOXWssj_hFoTQ

-Hernández Monsalve, M (2011).*Rehabilitación psicosocial desde la perspectiva actual y directrices en la reforma psiquiátrica. Estudios de psicología*. 16 (3) 295-303
Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n3/13.pdf>

-Lalucat. L (Cood) (2009) *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Ministerio de sanidad y consumo. 4-138. España Ed: Milenio Manipulados
Recuperado en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_resum_cast_2009.pdf

-Ley Nº 18.418. Convención de las personas con discapacidad. 5 de noviembre de 2008, Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://www.uncu.org.uy/downloads/documents/201301240256238162.pdf>

-Ley Nº 18.651. Protección integral de personas con discapacidad. 19 de febrero de 2010, Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://www.uncu.org.uy/downloads/documents/201301240305059425.pdf>

-Loubat O, M; Cifuentes, Á; Peralta, P.(2013) INTERVENCIÓN GRUPAL DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA PARA JÓVENES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS. *Revista de Filosofía y Psicología* 8 (27) 89-100 Universidad de Tarapacá Arica, Chile. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/836/83628140006.pdf>

-Lyda.M. Lozano C.,M.D Y Rocio Acosta, M.D.(2009) *Revista Med. Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia*.17 (1) 87-94. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a13.pdf>.

--Lubrin, G. Periañez.J y Ríos-Lago, M (2011). Introducción a la estimulación cognitiva y la rehabilitación neuropsicológica. En Muñoz M, E.(coord).(2011) *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona. Editorial:UOC. Recuperado en: http://www.interebook.com/lector/?hash_obra=f3b47a635799570de82d6aca0c62ff64

- Madrigal, M J (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*.14 (3) 4 -19. Recuperado en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

-Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2015). Aportes para los contenidos de una Ley de Salud Mental de Uruguay. Recuperado de: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/1151-15.pdf>

-Minoletti, A (coords) (2000) Ministerio de Salud División de Rectoría y Regulación Sanitaria Unidad de Salud Mental. *Orientaciones Técnicas: Tratamiento y Rehabilitación de las Personas Afectadas de Esquizofrenia*.

-Navarro, S (2009).Departamento Psicología Básica Entrenamiento en Habilidades Sociales con Pacientes Esquizofrénicos: Validación de una Programa para Pacientes Crónicos. Valencia: Universitat de València

-OMS (2001). C.I.F: Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Madrid: Grafo S.A.

-ONU (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

- Panzano Berot, L(2013)Proyecto de intervención psicosocial para pacientes con trastorno esquizofrénico crónico .Universidad de Zaragoza (Campus de Teruel)Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Recuperado en: <http://zaguan.unizar.es/record/12383/files/TAZ-TFG-2013-860.pdf>

-Palacios,A. (2007) *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos*. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid, España: Cinca S.A. Recuperado en: http://www.convenciondiscapacidad.es/Publicaciones_new/4_Libro%20Agustina%20Discapacidad.pdf

-Pardo, V. Curbelo, O. Del Castillo, R. Grunbaum, E. Kaplan, M.(2002). Evaluación retrospectiva de un programa de Rehabilitación Psicosocial (Centro de Día) para adultos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 66 (1) 1-27. Recuperado de: <http://docplayer.es/1882406-Evaluacion-retrospectiva-de-un-programa-de-rehabilitacion-psicosocial-de-un-centro-de-dia-para-adultos-trabajos-originales.html>

-Pardo. V(2005) Trastornos en la esquizofrenia..Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol 69 N°1 Julio 2005 p.71-83.

-Penadés,R y Gastó,C.(2010) El tratamiento de rehabilitación Neurocognitiva en la esquizofrenia. Barcelona: Herder.

-Pérez, D. (2009). Funcionamiento Psicosocial de personas con esquizofrenia que participan en Programas de Rehabilitación Psicosocial ejecutados por COSAM de la Zona Occidente (Región Metropolitana). (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología. Santiago. Recuperada de http://www.researchgate.net/publication/220025585_Tesis_Funcionamiento_Psicosocial_de_personas_con_esquizofrenia/file/8d1c84f41442226a33.pdf&sa=U&ei=EZpGU8SPKNOP0_gHOIIgIBg&ved=0CB4QFjAA&sig2=QfCGvInru50kKhbXOWqaw&usg=AFQjCNFGGeG62clHrDjKK-XsWvIRbTJnwsW

--PRONADIS–MIDES. (2015).Discapacidad y trabajo en Uruguay. Perspectivas de derechos. Volumen 1 Montevideo. Recuperado de:http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/40851/1/pronadis---discapacidad-y-trabajo-en-uruguay_web.pdf

- Rodríguez, G, A. (1997).Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide.

-- Rodríguez, A y Bravo, M.(2003) CAPÍTULO 1. Marco general y conceptualización. En Gisbert Agilar, C (coords) (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastornos Mental Severo.Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

-Rodriguez-Jimenez R,et al.(2012) Déficit cognitivo en la esquizofrenia: MATRICS Consensus Cognitive Battery. *Revista Neurología* .55 (9) 549-555. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Cristina_Garcia-Navarro/publication/51908866_The_MATRICS_consensus_cognitive_battery_MCCB_norming_and_standardization

- Rodríguez Rodríguez,P (coord) (2002)*Estimulación cognitiva: Guía y material para la intervención*. 2-180 .Edita: Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Asuntos Sociales .Recuperado en <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/estimulacioncognitiva.pdf>

-Selma Sánchez. H (2008) NEUROPSICOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA. Cuadernos de Neuropsicología. 2 (2) 79-134.Rancagua, Chile. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/4396/439642482002.pdf>

-Selma Sánchez, H(2012). *Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia*. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad* .2 (1), 80 - 129 (mayo, 2012) Revisiones . Recuperado en: <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/viewFile/33/50>

- WAPR/WHO (1996). Psychosocial Rehabilitation, a consensus statement. Documento original en WAPR Bulletin 8 (3), julio de 1996. Publicado en español en Boletín de la AMPR nº 6, marzo de 1997. Traducción de R. Guinea. Recuperado de [http://www.wapr.info/World Association for Psychosocial Rehabilitation WAPR/Documents files/WHO WAPR Declaracion de consenso esp.pdf](http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf)