



Universidad de Oriente
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Trabajo de Diploma en opción al título
de Licenciado en Psicología

Praxis profesional de enfermería y necesidades de rehabilitación cognitiva en pacientes esquizofrénicos

Pedro Ernesto Millet Rodríguez

Tutor: M. Sc. Carlos Joaquín Blanco Colunga
Asesor: Lic. José Luis Reyes Escalona

Santiago de Cuba
2016



Universidad de Oriente
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Trabajo de Diploma en opción al título
de Licenciado en Psicología

**Praxis profesional de enfermería y
necesidades de rehabilitación cognitiva
en pacientes esquizofrénicos**

Autor: Pedro Ernesto Millet Rodríguez

Tutor: M. Sc. Carlos Joaquín Blanco Colunga

Asesor: Lic. José Luis Reyes Escalona

Santiago de Cuba
2016

“...si alguien realmente piensa que puede definir la esquizofrenia o conocer su origen es que ha perdido la razón. Sólo los esquizofrénicos poseen el suficiente conocimiento de su dolencia, pero se lo guardan hasta hacernos creer que no tienen conciencia de su enfermedad. Custodian con celo su secreto en medio de la angustia y la soledad que los asola, a cuyo malestar también añadiríamos en este momento el abuso del diagnóstico, la ingeniería de los terapeutas de la conducta y los ataques impositivos de la psicoeducación.”

José María Álvarez y Fernando Colina

Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad, 2010, p.17



Dedicatoria

*A **Roberto Tremble**, hermano, amigo y cómplice en muchas historias, por todo; donde quiera que estés, un abrazo fuerte y mil gracias por todo.*

*A los **pacientes** del Hospital Provincial Psiquiátrico Docente “Comandante Gustavo Machín”, por mostrarme sus realidades, por probar que “una mente rota” en ocasiones puede ser la solución.*



Agradecimientos

A esas personas que lo han sido todo para mí, mi abuela **Delia** –mami de vicio, madre de madres-, a mi **madre** –mami-, a **Jorgi** –Cacho de Carne-, a tía **Margarita** –tú sabes lo que viene aquí- y a **Oli** –que más que padrastro has sabido ser padre y paradigma de ser humano-, a ellos, que las sencillas gracias no son suficientes.

A tía **Melbi**, tío **Gerardo**, los super primos **Gerard** y **Victor**, a tío **Jorge**, gracias por estar, por preguntar y formar parte de mi historia.

A **Luige** y **Vilma**, la cara oculta de esta familia; y por oculta solo me refiero a que no está en los papeles.

A **Nobleidis**, por acogerme en la religión y en tus brazos, por aguantarme las malcriadeces y ponerme en mi sitio cuando lo necesitaba, por ser amiga, cómplice y madre, por todo lo que nos queda aún mi Negra.

A **Yailén**, que parte de este logro es también tuyo, por los regaños y las metidas de pie para que terminara a tiempo y presentara en los eventos; por ser simplemente, **Muke**.

A **Juli**, **Yosell**, **Leo** y **Leti**, por la cercanía, los niveles de ayuda necesarios, los momentos, la comedera... en fin, por dejarme saber que casa es donde quiera que uno esté mientras le ponga corazón y algún que otro mural.

A **Mario**, por los 10 años recorridos, a **Rafael** y **Ricardo**, ustedes se merecen un epígrafe aparte, cada uno con sus peculiaridades, sus trucos y cosas que no alcanza para decir...

A los sapingos todos, **Yaumel (Silvita)**, **Roger**, **Paquitín**, **Paco**, **Pelú**, **José**, **Hermes**, **Marcia**, **Elizabeth**, **Marquito**, **Gerson**, **Hugo**, **Reynaldo**, **Elieser** y **Claudia** -venga que si se me queda alguno me disculpe-, por mostrarme que la física es más que partículas y esas cosas, y que todo o casi todo depende del eje óptico desde el que se mire.

A **Pepe Coffee**, **Aquiles**, **Adrian el Loco**, **Lili**, **Carmen**, **Daniela**, **el Gordito**, **David Matos**, **Ervin**, **Elíasib** y el recién llegado de **Reinier**; **Claudia**, **Sisy**, **Lisnelis** y **Betty**, por los momentos, por soportarme -que en ocasiones sé que se puede hacer difícil-, por estar y preocuparse en estos últimos y anteriores tiempos, gracias.

A los que están allá y más pa' allá, **Otto**, **el Chino**, **Steven**, **Randy**, **Javier**, **Wilfre**, **Adrian**, **Yauri**, **Henry**, **César**, **Walter**, **Rosemary**, **Indira**, **Jeny** y **Gustavo** y todos los demás que ahora mismo no recuerdo sus nombres pero sí las caras, por estar atentos todo el tiempo o al menos alguna vez, por las historias que nos juntan y por las que están por venir, por los despistes y las sugerencias, los planes, por todo.

A **Carlos** y **José Luis**, tutores y compañeros de viaje, por la compañía, los señalamientos, las preguntas, los aprendizajes, por el tema y por este tiempo compartido de crecimiento y desarrollo, la experiencia y las vivencias, por todo lo que implican y lo que implicó terminar esta historia.

A los profes del camino, **Rosa María Reyes**, **Turtós**, **Yanet**, **Aymara**, **Bertha Maura**, **Ileana Díaz** y **Pedro Tejera**, muchas gracias por todo lo brindado, por los momentos de reflexión y estos 5 años.

A la gente del hospital, **Zunzún**, **Nayara**, la **Joven**, **Daylin**, **Carlitos** y **Georbis**, por los ratos, los tickets de almuerzo, los masajes, las bromas y todos los recuerdos.

A todos aquellos que no se mencionan a causa del déficit en la memoria a largo plazo, a los compañeros de un día o de una semana, mes o año, gracias por lo que sea que hayan hecho... **...gracias.**



Resúmenes

RESUMEN

Dentro de las enfermedades mentales, la esquizofrenia adquiere especial relevancia para la investigación científica. Esta se encuentra particularizada por un deterioro progresivo de las funciones cognoscitivas dentro de su cuadro clínico, hecho que justifica el empleo de acciones de rehabilitación cognitiva a los pacientes que la padecen. En este sentido, se asume a las enfermeras en calidad de cuidadoras primarias, como partícipes claves de este proceso de rehabilitación desde la propia concepción de su praxis profesional. Se persigue como objetivo de la investigación, valorar la relación entre las praxis profesionales de enfermeras y las necesidades de rehabilitación cognitiva de los pacientes.

El estudio se desarrolló en el Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín”, de la provincia de Santiago de Cuba entre los meses de septiembre del año 2015 y junio del 2016, empleando la metodología cualitativa y el diseño de estudio de casos múltiples. Entre las técnicas aplicadas se encuentran la Batería Neuropsicológica de Holguín, la Entrevista Clínica Psiquiátrica, la Entrevista en Profundidad a enfermeras y la Observación Incluida –tanto a pacientes esquizofrénicos como enfermeras-. Participaron en calidad de casos tres enfermeras y tres pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide con larga estadía en la institución hospitalaria. Para la interpretación de los resultados se usó el análisis de contenido.

Se concluye que la praxis profesional de enfermería contribuye a la satisfacción de las necesidades de rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos fundamentalmente en lo que respecta a la motivación, pero los saberes y valores que sustentan las acciones realizadas no son favorecedores de la mejora de las funciones cognitivas en el paciente.

ABSTRACT

Within the mental illnesses, schizophrenia acquires special relevance for the scientific investigation. This finds itself particularized by a progressive deterioration of the cognoscitive functions within its clinical setting, this fact justify the employment of cognitive rehabilitation actions justifies in the patients that suffer it. In this sense, is assume the nurses as primary caregivers, like significative participants of this rehabilitative process from the own conception of your professional praxis. The investigation objective was, to value the relation between the professional nurse's praxes and the rehabilitation cognitive needs of the patient's.

The study developed in the Provincial Teaching Mental Hospital Comandante Gustavo Machín in Santiago de Cuba, between September 2015 and June 2016, using the qualitative methodology and the multiple study cases design. Between the applied techniques they find the Holguin Neuropsychology Battery, The Psychiatric Patient Interview, the Depth Interview to nurses and the Included Observation – for the patient and the nurses -. Three nurses and three patients diagnosed with paranoid schizophrenia with long stay in the inpatient institution participated as cases. For the results interpretation was use the content analysis.

It was concluded that the professional nursing praxes contributes to the satisfaction of the rehabilitative needs of the schizophrenic patient, fundamentally in regards to motivation, but the knowledge's and the values that hold the realized actions are not becoming of the improvement of the patient's cognitive functions.



Índice

ÍNDICE

RESUMEN.....	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
1.1 Esquizofrenia paranoide. Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia	7
1.2 Necesidades de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia	15
1.3 Cuidadores primarios en la atención al enfermo mental: praxis profesional de la enfermería relacionada a la rehabilitación cognitiva	26
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN. PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	33
2.1 Diseño metodológico y estrategia de selección de casos	33
2.2 Categorías de estudio e indicadores para su análisis	36
2.3 Procedimientos de la investigación. Técnicas, aplicación y evaluación	39
2.4 Análisis de los resultados por caso de estudio	42
2.5 Integración de los resultados	55
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
ANEXOS	



Introducción

INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo de los trastornos mentales, la esquizofrenia adquiere especial relevancia para la investigación científica. Su aparición temprana -sobre la segunda década de la vida-, la no existencia de una causalidad debidamente descrita, el pronóstico desfavorable con que cuenta y la alta prevalencia de esta enfermedad, encontrada en alrededor del 1% de la población mundial (Ahuir, Bernardo, de la Serna, Ochoa, Carlson, Escartín, Gutiérrez-Zotes, et al., 2009; Flaum, 1995 citado en Ladrón de Guevara, 2011; González, 2006; Vargas, 2004) y el 1,2% de la población cubana (González, Felipe, Llanes, Oliva y Moreno, 2015), han generado un amplio interés en torno a su estudio. Ello se debe, además, a la repercusión económica para los sectores de la salud (Ahuir, Bernardo, et al., 2009; González, 2006) y al hecho de ser uno de los trastornos más discapacitantes y de atención prioritaria de nuestro siglo (Ahuir, Bernardo, et al., 2009).

En el curso de esta enfermedad, se puede evidenciar un proceso de deterioro cognitivo por el que atraviesan los pacientes, además de la discapacidad funcional como características de la enfermedad. El desarrollo social adecuado del sujeto esquizofrénico se ve comprometido debido a las consecuencias de este deterioro y los mitos existentes sobre la propia enfermedad, hechos que conllevan a la marginación y limitan sobremanera su inserción en el medio.

Este deterioro ha sido descrito en la literatura como uno de los ejes para comprender el cuadro clínico de la esquizofrenia, en la que los procesos más afectados estarían en el orden de la atención, la vigilia, la percepción, la memoria -con énfasis en la memoria de trabajo-, la orientación, el pensamiento, el lenguaje y las funciones ejecutivas (Valverde, 2012; Galaverna, Bueno y Morra, 2011; Gabaldón, Ruiz, Bilbao, Burguera, Alústiza, et al., 2010; Espert, Francisco y Gadea, 1998).

Las alteraciones se hallan mediadas por diversos factores, entre los que se encuentra el tratamiento farmacológico, que es reconocido como causante de daño a niveles neurológico y cognitivo. En este sentido, los antipsicóticos usados en la actualidad poseen como efecto a mediano o largo plazo la reducción del volumen y masa cerebral, lo que trae como consecuencia que se reduzcan las capacidades del sujeto esquizofrénico y por tanto se vea acrecentado el curso crónico y degenerativo propio de la enfermedad (Valverde, 2012).

Un ejemplo de esto sería el empleo del antipsicótico clásico conocido como *haloperidol*, el cual se ha descrito en la literatura como uno de los fármacos más relacionados al deterioro cognitivo de

pacientes con afecciones psiquiátricas (González, Felipe, et al., 2015) y que, en Cuba, se administra con una dosis de 10mg, para un 33% del tratamiento farmacológico general, sobrepasando los promedios encontrados en otros contextos, según refieren González, Cáceres, LLerena, Berezc y Kiivet (2004).

Otra mirada en torno a los mediadores del deterioro cognitivo, es la aportada por Gabaldón, Ruiz, et al. (2010), quienes declaran que aquellas interacciones del sujeto con el medio que pudiesen considerarse como elementos generadores de estrés, conceptualizado esto en el término de estresores psicosociales, se podrían constituir como un factor de vulnerabilidad para la acentuación del deterioro cognitivo presente en pacientes con enfermedades psiquiátricas crónicas, como es el caso de la esquizofrenia paranoide.

Estas posturas nos ubican en el carácter multideterminado del deterioro cognitivo, el cual no tiene solamente en su base al daño neurológico, sino además a eventos paranormativos y las propias condiciones e influencias del entorno en que se desarrolla el sujeto.

En la actualidad, varios autores defienden la idea de que el deterioro cognitivo debiera ser un criterio diagnóstico para la enfermedad, dándole así mayor relevancia al estudio de la rehabilitación cognitiva como dispositivo esencial en el tratamiento de la esquizofrenia (Valverde, 2012). Estos perfiles de deterioro cognitivo, así como las características que rigen el funcionamiento de la cognición en el paciente esquizofrénico, han sido abordados en diversos estudios; tal es el caso de Galaverna, Bueno et al. (2011); Roder, Brenner, et al. (2007); Gabaldón, Ruiz, et al. (2010) y Lameda y Rodríguez (2013); quienes en conjunto con el trabajo de González, Felipe, Llanes, Oliva y Moreno (2015), se acercan al papel de la rehabilitación cognitiva en el manejo integral de los pacientes.

Consideramos que el abordaje que se realiza en torno a la temática es reduccionista, debido a que se ha desarrollado sobre el postulado de la existencia solo del déficit, estudiando lo afectado y su tratamiento, sin que se tomen en cuenta para esta rehabilitación las potencialidades del sujeto que padece esquizofrenia. De ahí que proponemos mirar estas cualidades como necesidades de rehabilitación cognitiva, lo que incluiría no solo la perspectiva del déficit, sino también la de todos aquellos recursos con los que cuenta el sujeto y su ambiente, que optimizarían el proceso de rehabilitación.

En Santiago de Cuba, específicamente en el Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín”, la incidencia de esta enfermedad es significativamente alta, siendo uno de los diagnósticos de mayor prevalencia en los pacientes de la institución. Un número importante de estos sujetos han mostrado indicios de afectaciones a nivel cognitivo¹. Esto contrasta, sin embargo, con el limitado índice de publicaciones que se encuentran en nuestro contexto sobre la temática.

En este sentido, retomamos la idea de que *“la mejora de la cognición en la esquizofrenia es la estrategia más importante en los tratamientos integrales de esta enfermedad”* (Gabaldón, Ruiz, et al., 2010). Esta mejora, no obstante, depende en primer lugar del diagnóstico de las particularidades que asumen los procesos cognitivos en estos pacientes, dadas dentro de su cuadro clínico y mediadas por las circunstancias del contexto en que se desenvuelven.

Entender entonces a la rehabilitación cognitiva como parte del tratamiento integral de la enfermedad, ubica a esta función como una de las metas centrales en el cuidado del paciente esquizofrénico. De aquí que tengamos en cuenta al cuidador primario, quien pudiese asumir un papel fundamental en dicha función, precisamente porque es aquel que mayor vínculo posee con el paciente.

En el caso del presente estudio, hemos encontrado una tendencia a la prolongación de los ingresos de los pacientes por largos períodos de tiempo. A pesar de que las políticas de salud en nuestro país privilegian un modelo de atención psiquiátrica centrada en la comunidad (León, 1999), el abandono familiar es uno de los elementos fundamentales que en el Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín” justifica la larga estadía de los pacientes; ya que los parientes afirman que no cuentan con recursos (materiales o personológicos) para lidiar con la atención del enfermo psiquiátrico y por tanto, depositan en la institución la responsabilidad del cuidado². Ello, a su vez, transfiere el rol de cuidador primario, tradicionalmente asumido en Cuba por los familiares, al personal de enfermería del hospital.

Estos profesionales se consideran como aquellos que más tiempo dedican a la atención directa de los pacientes y dentro de sus funciones establecidas se hallan la realización de actividades de

¹ Este dato, sin ser sistemático, ha sido aportado por el psicólogo del servicio en el que se realiza el presente estudio, el cual como parte de su praxis ha aplicado herramientas afines a la evaluación de los procesos cognitivos de los pacientes; además de que se pudo observar durante una exploración previa a la investigación.

² Información obtenida a partir de entrevistas iniciales al personal del departamento de Servicios Sociales de la institución y psicólogos y enfermeras de la misma.

rehabilitación a individuos con padecimientos psiquiátricos (Montero, Faure, Fleites, Rodríguez, Crespo, González y Llero, 2010). Asimismo, tienen contemplado en su perfil profesional al mantenimiento de la salud del paciente y la disminución de la estancia hospitalaria de los mismos, incluyendo al aumento de la capacidad del sujeto esquizofrénico para la comunicación con los otros y el aumento de la autoestima, concibiendo como objetivos a largo plazo el alcance y mantenimiento del nivel máximo de funcionamiento (González, Martínez, Alemán, Fernández, Sánchez, Martínez, Vadell, et al., 2011). Algunas de estas metas no distan de las que se plantean en la rehabilitación cognitiva, por lo que las enfermeras podrían tener un rol protagónico en este proceso, de acuerdo a los referentes de su área de conocimientos.

Aunque las prácticas del cuidado relacionadas con la rehabilitación cognitiva suelen adjudicársele a psicólogos, psiquiatras y médicos, en quienes tradicionalmente ha recaído la responsabilidad de asumir estos roles, lo antes mencionado justifica que, aunque a un nivel más básico, el equipo de enfermería podría realizar acciones en función de la rehabilitación. A esto debe adicionarse, en el contexto estudiado, que la relación de pacientes por cada psicólogo es mayor en número que la existente con las enfermeras, por lo que las posibilidades de intervención de estas últimas aumentan en frecuencia con respecto a la de los primeros.

Sin embargo, no siempre lo que está establecido en los protocolos es lo que se realiza, ya que esto último se encuentra atravesado por la concepción de praxis que se maneje por los profesionales y también por las acciones mismas que la comunidad de prácticas ha instituido como el *deber ser*. Por ello resulta necesario indagar en torno al papel de la praxis real de estas enfermeras, en la satisfacción de las necesidades de rehabilitación cognitiva expresadas por el enfermo.

En tanto el fin de cualquier acción de cuidado se ubica en el ámbito de la intervención y no solamente en el diagnóstico, los distintos programas de rehabilitación cognitiva a los que se ha tenido acceso en la literatura disponible, se caracterizan por abordar un conjunto de procedimientos estandarizados, llevados a cabo por psicólogos y psiquiatras, para tratar el déficit (Hernández, 2014; Martínez, 2014; Nieva, 2010; Gabaldón, Ruiz, et al., 2010; Bravo, 2009; Roder, Brenner, et al., 2007; Gisbert, 2003; Ginarte-Arias, 2002; Torres, 1997). Los mismos no tienen en cuenta las singularidades que pautan la relación entre las necesidades de rehabilitación cognitiva -entendidas como el par déficit y potencialidad- y los modos de entender y desarrollar acciones desde la

enfermería para satisfacer así estas necesidades; lo cual constituye una premisa según nuestra opinión para asegurar la pertinencia de estos programas.

De aquí se defiende la necesidad de abordar la praxis profesional de la enfermería en el contexto estudiado, a partir de la construcción que hacen de ella las propias enfermeras como cuidadoras primarias, indagando su ajuste a las necesidades de rehabilitación cognitiva presentes en los pacientes.

Por tanto, se plantea el siguiente **problema de investigación**: ¿Cómo contribuye la praxis profesional de las enfermeras del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín” a satisfacer las necesidades de rehabilitación cognitiva de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide que se encuentran hospitalizados en la institución?

Para darle respuesta a este, se define como **objetivo general**:

Valorar la relación entre la praxis profesional de enfermeras del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín” de la provincia Santiago de Cuba y las necesidades de rehabilitación cognitiva de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en la institución.

Y se asumen como **objetivos específicos**:

- Caracterizar las necesidades de rehabilitación cognitiva de pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín” de la provincia Santiago de Cuba.
- Describir la praxis profesional de enfermeras dirigida a la rehabilitación cognitiva de pacientes esquizofrénicos del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín” de la provincia Santiago de Cuba.

Idea a defender: una praxis profesional de enfermería que responda a las necesidades de rehabilitación cognitiva de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, se sustenta en el desarrollo de acciones profesionales que; soportadas en saberes, motivaciones y valores; aprovechen las potencialidades del paciente para el tratamiento a su déficit cognitivo.

La investigación aporta información fáctica acerca del deterioro cognitivo y las potencialidades de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide en nuestro contexto, aun cuando la metodología empleada es cualitativa y por tanto sus resultados no son generalizables. Asimismo,

caracteriza la situación real de las prácticas de enfermería, en cuanto a su ajuste con la satisfacción de las necesidades de rehabilitación cognitiva expresadas en los sujetos estudiados.

La importancia del estudio radica en su utilidad como referencia empírica para la formulación futura de capacitaciones en estrategias de rehabilitación cognitiva, diseñadas para la práctica profesional de las enfermeras como cuidadoras primarias de pacientes esquizofrénicos en instituciones psiquiátricas. Además, estos resultados tributan al proyecto que coordina el Departamento de Psicología de la Universidad de Oriente: "Caracterización e intervención en cuidadores formales e informales de pacientes víctimas de enfermedades crónicas", asociado a uno de los programas priorizados de investigación del Ministerio de Salud Pública y a la línea de investigación de la propia institución académica titulada "Desarrollo y Aplicación de Tecnologías y Servicios para la Salud".

Este documento continúa su desarrollo con dos capítulos, de los cuales el primero está dedicado a ofrecer el argumento teórico en el cual se sustenta la investigación, abordando las categorías de estudio y aquellos conceptos de relevancia que ayudan a comprenderlas. En el segundo capítulo se ofrece la descripción de la metodología empleada, los sujetos seleccionados, las técnicas y los procedimientos, finalizando con el análisis de los resultados y las conclusiones arrojadas por el mismo.



Capítulo 1

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 Esquizofrenia paranoide. Rehabilitación cognitiva en esquizofrenia

Dentro de las enfermedades mentales, la esquizofrenia es considerada el *enigma de la clínica psiquiátrica del siglo XXI* (Ladrón de Guevara, 2011). Emil Kraepelin³ es asumido como uno de los primeros en abordarla científicamente en su concepto de *demencia precoz*, dado en 1896, identificando una progresiva evolución hacia un estado de lo que llamarían Téllez y López (2001 citado en Nieva, 2010) debilitamiento psíquico y profundas alteraciones de la afectividad. La descripción que este autor hacía de la *demencia precoz*, se basaba principalmente en alteraciones del pensamiento, emocionales, de la atención, la actividad voluntaria y la presencia de conductas estereotipadas y alucinaciones (Nieva, 2010), siendo esto coherente con las propuestas más actuales.

Bleuler⁴, más tarde, introduce el concepto de esquizofrenias –*schizophrenias*–, haciendo alusión a la patología como un conjunto de enfermedades, revisando así la definición de Kraepelin y añadiendo que estos pacientes no padecían de demencia, sino que presentaban alteraciones en la capacidad asociativa, el pensamiento y en la expresión simbólica de los procesos inconscientes (Téllez y López, 2001 citado en Nieva, 2010).

El naciente Psicoanálisis en los primeros años del siglo pasado, aportó su propia concepción de la enfermedad que, desde los argumentos que proponía Sigmund Freud, sería la división subjetiva como hecho estructural lo que la definiría. Asimismo, Lacan, continuador de la obra de Freud, asume a la esquizofrenia como la articulación de la experiencia subjetiva, en donde los conceptos de lo real, lo simbólico y lo imaginario dejarían la discordancia que aflige al sujeto no enfermo (Álvarez y Colina, 2011).

Lagomarsino (1995 citado en Nieva, 2010), por su parte, describe a la esquizofrenia como un conjunto de síntomas, con presentaciones clínicas variadas y cambiantes, dentro de los cuales se abarca un grupo heterogéneo de trastornos que comprometen a los dominios cognitivos, emocionales y conductuales del sujeto.

³Emil Kraepelin, nacido el 15 de febrero de 1856, en Neustrelitz, fue un psiquiatra alemán considerado hoy por muchos como el fundador de la psiquiatría científica moderna, la psicofarmacología y la genética psiquiátrica.

⁴Paul Eugen Bleuler, psiquiatra suizo nacido el 30 de abril de 1857, es conocido por acuñar el término de esquizofrenias, refiriéndose al trastorno como un conjunto de alteraciones psicopatológicas agrupadas en el concepto de la enfermedad.

En otro sentido, Ballús-Creus y García Franco (2000 citado en Nieva, 2010, p. 13) la conciben como *“una patología del neurodesarrollo de génesis multicausal, de orden biológico, psicológico y social que produce en el individuo un grave deterioro psiconeurocognitivo”*. Parrellada y Fernández (2004; citado en Nieva, 2010, p. 13) agregan a ello que se trata de *“una enfermedad compleja, que afecta no solo al pensamiento y las emociones de las personas que la padecen, sino también a la capacidad para proyectar su futuro y relacionarse con otras personas”*.

De acuerdo a la Cuarta Edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, la esquizofrenia se comprende como una alteración que persiste como mínimo seis meses e incluye al menos, un mes de síntomas de la fase activa (APA⁵, 1995), o sea, la presencia clara de ideas delirantes o alucinaciones. Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de la esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí y con afectación en todas las esferas del comportamiento: cognitiva, afectiva y volitiva. En esta enfermedad se distingue, como elemento central, la disociación ideoafectivoconativa expresada en su cuadro clínico (González, 2006; de la Higuera y Sagastagoitia, 2006).

Dentro de esta, es la de tipo paranoide la que presenta mayor incidencia, particularizada por el predominio de *“una preocupación causada por ideas delirantes o cuando existan alucinaciones frecuentes”* (APA, 1995, p. 292). Aunque existentes en la tipología, se presentan en menor medida síntomas como el lenguaje desorganizado, la afectividad aplanada o inapropiada, o el comportamiento catatónico o desorganizado que distinguen a otros tipos de esquizofrenia (APA, 1995).

Dentro de las teorías más contemporáneas que la han abordado, es la que defiende la existencia de déficit cognitivo la que parece tomar auge en nuestros tiempos. Esta concepción no es, en realidad, novedad en el ámbito de la clínica psiquiátrica. Ya desde los aportes de Kraepelin en 1898, no solo se hacía alusión a las afectaciones en la personalidad que distinguen al paciente esquizofrénico, sino que se mencionaba al deterioro cognitivo desde la óptica de la afectación a los procesos mnémicos y atencionales (citado en Espert, Francisco, et al., 1998).

⁵ APA: American Psychiatric Association, traducido al español como Asociación Americana de Psiquiatría.

El cuadro clínico que distingue a esta enfermedad está marcado por un curso crónico y degenerativo (Ahuir, Bernardo, et al., 2009; APA, 1995; Ladrón de Guevara, 2011; APA, 2014), en el que según Kraepelin (1919 citado en Nieva, 2010), las pérdidas en las capacidades atencionales serían fundamentales para entender el funcionamiento de estos pacientes. Por su parte, Paul Eugen Bleuler (1911 citado en Nieva, 2010), ya había descrito lo que consideró un trastorno formal del pensamiento como afectación primaria de la enfermedad, siendo esto reflejo directo del daño orgánico de base.

Estas perspectivas, evidencian que desde los primeros acercamientos a la enfermedad se señala a las alteraciones cognitivas como parte del cuadro clínico de la enfermedad. Dichas alteraciones, hoy, son entendidas en términos de déficit cognitivo o deterioro cognitivo, comprendiendo al deterioro como la acumulación de déficit en un proceso determinado y al déficit como la afectación del proceso, haciendo referencia así a un mismo fenómeno, o sea, la afectación crónica y progresiva de los procesos cognitivos (Valverde, 2012; Gabaldón, Ruiz, et al., 2010; Nieva, 2010; de la Higuera y Sagastagoitia, 2006; Benedet, 2002).

Estos fenómenos se hallan asociados a las pérdidas o carencias que provoca una enfermedad dada, en términos tanto biológicos como psicosociales. Según Wilson (1997, citado en Benedet, 2002, p. 526), quien se apoya en el marco conceptual dado por la OMS⁶ en 1980, el deterioro *“hace referencia al daño cerebral propiamente dicho y a sus consecuencias sobre la función psíquica (cognitiva o afectiva). Se refleja en puntuaciones bajas en los tests”*.

Este mismo autor distingue a este concepto del de discapacidad al comprender a esta como:

Los problemas particulares (causados por los deterioros) con los que se enfrentan el paciente y sus cuidadores en la vida cotidiana. Por ejemplo, el paciente no puede salir solo de casa porque se desorienta, o crea problemas de convivencia porque no es capaz de controlar su conducta (p. 526).

Esta definición encuadra a la discapacidad como consecuencia del deterioro, o sea, como todas aquellas situaciones adversas para la cotidianeidad del paciente, que tengan relación directa con el déficit ocasionado debido a una enfermedad específica. A esto añade Benedet (2002, p. 527), que *“el tratamiento de un deterioro conlleva la reducción de una discapacidad”*, haciendo referencia al

⁶ OMS: Organización Mundial de la Salud

tratamiento del déficit y cómo esta atención desde la rehabilitación pudiese optimizar el funcionamiento del sujeto enfermo.

Por tanto, asumir al paciente esquizofrénico como aquel sujeto que tiene su capacidad disminuida a causa -entre otras cuestiones- de un déficit cognitivo, justifica la importancia de realizar acciones de rehabilitación en función del daño, como una de las pautas claves en el tratamiento de la enfermedad y del propio sujeto.

En este sentido, la rehabilitación es reconocida en la psicología como uno de sus modos de intervención, que se desarrolla en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud. Según la OMS, la rehabilitación:

Implica la restitución a los pacientes del nivel más alto posible de adaptación física, psicológica y social. Incluye cualquier medida encaminada a reducir el impacto de las condiciones responsables de los déficit y discapacidades y a ayudar a las personas discapacitadas a lograr su integración social óptima (OMS, 1986 citado en Benedet, 2002, p. 530).

Sin distar de esta perspectiva, Miguel A. Roca Perara, concluye que la rehabilitación psicológica es:

Una de las funciones a desarrollar por los psicólogos clínicos con el objetivo de realizar acciones psicológicas sobre individuos cuyo carácter distintivo es el ser portador de limitaciones tanto físicas como psíquicas de carácter irreversible, por lo cual son tributarios de acciones psicológicas para integrarlos a la vida cotidiana hasta un nivel donde sus limitaciones se lo permitan (Roca, 2004, p. 13).

Estos conceptos no difieren en su esencia: ambos declaran la rehabilitación como función del profesional de la salud, en el segundo caso más específicamente del psicólogo clínico y de la salud; y exponen la meta que persigue la misma: la reinserción del paciente al medio de acuerdo a sus capacidades y limitantes reales.

Además, el uso del concepto *re-habilitación*, nos ubica en la mirada de la pérdida, o sea, que al parecer un elemento dado mantenía un desarrollo adecuado hasta que ocurre una ruptura en esta línea, y como consecuencia existen daños en determinados procesos o estructuras, dándole cabida al déficit. Asimismo, ésta pérdida o carencia posee un carácter definitivo o crónico, evidenciado esto

en el uso de la terminología de “*el más alto posible*” (OMS, 1986 citado en Benedet, 2002, p. 530) o “*hasta (...)donde sus limitaciones lo permitan*” (Roca, 2004, p.13).

Dentro de la rehabilitación, existen varios tipos de acuerdo a sus maneras particulares de intervención o a la afectación específica a la que están dirigidas sus acciones, entre las que se encuentran:

- **Rehabilitación Psiquiátrica:** Es la rehabilitación encaminada a corregir los trastornos de naturaleza psiquiátrica, a fin de que pueda restituirse la relación del sujeto con el mundo circundante y con ellos (Anthony, 1980; Anthony, Cohen y Cohen, 1984 citados en Bravo, 2009).
- **Rehabilitación Psicosocial:** Se refiere al tipo de rehabilitación que se estructura con el fin de recuperar el estado psicosocial y el equilibrio del sujeto en sus relaciones sociales e interpersonales. Pone al sujeto en capacidad de emplear de manera favorable los medios sociales de desarrollo (Watts y Bennet, 1990 citado en Bravo, 2009).
- **Rehabilitación Neuropsicológica:** Tiene por finalidad recuperar y/o restituir las funciones cerebrales optimizando la capacidad del cerebro para lograr el óptimo procesamiento posible (Ginarte-Arias, 2002).
- **Rehabilitación Cognitiva:** Es un tipo especial de rehabilitación, que pudiéndose considerar como un nivel de especialización de la rehabilitación neuropsicológica, se organiza a partir de una intervención que se encarga de la recuperación de las funciones cognitivas (Ginarte-Arias, 2002).

Ya desde estas perspectivas, parece ser que no existe un concepto definido que permita establecer distinciones claras entre la rehabilitación neuropsicológica y la rehabilitación cognitiva, sino que se emplean como similares para un mismo proceso interventivo, contrastándose esto en la literatura donde son tratadas como semejantes o en algunos casos de manera inclusiva. De aquí que se asume a la rehabilitación cognitiva como un nivel de especialización dentro de la rehabilitación neuropsicológica o de funciones cerebrales, como también le denominan Ginarte-Arias (2002), Benedet (2002) y Trápaga, Peñalver, Pancaldo, Bosh, Barbagelata, Cedeño y Llinás (2000). En realidad, la rehabilitación cognitiva puede ser entendida como un modo particular incluso dentro de la rehabilitación psicosocial y psiquiátrica.

La rehabilitación cognitiva, en la que centraremos el resto de este epígrafe, es un tema relativamente reciente, pues a partir de la década de los '70 es que las investigaciones cercanas a la temática comienzan a aportar datos relevantes y aparecen los primeros programas de rehabilitación (Trápaga, Peñalver, et al., 2000).

La misma ha sido definida por Wilson (1991 citado en Ginarte-Arias, 2002, p. 871) como el *“proceso a través del cual la persona con lesión cerebral trabaja junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficit cognitivos que surgen tras una afectación neurológica”*, identificándose tres modalidades dentro de la misma (López-Luengo, 2001):

- **Rehabilitación:** consistente en la recuperación de la función deteriorada.
- **Sustitución:** asimilación de la función deteriorada por otra conservada.
- **Compensación:** utilización de algún elemento externo al sujeto para que compense la función deteriorada (p. ej., emplear una calculadora en lugar de sumar mentalmente).

De estas, la modalidad de rehabilitación nos parece inadecuada, debido a que, si la rehabilitación cognitiva tiene en su base una lesión cerebral, recuperar una función por completo parecería un ideal más allá de la realidad. Numerosos estudios han abordado este tema, demostrando la efectividad de proceso terapéutico, sin enunciar la restitución absoluta de la función cognitiva deteriorada como una probabilidad objetiva (Muñoz-Céspedes y Tirapu-Ustároz, 2004; Ginarte-Arias, 2002; Trápaga, Peñalver, et al., 2000). En todo caso serían –y así se asume en este informe– la sustitución y la compensación aquellas modalidades de la rehabilitación cognitiva pertinentes a tener en cuenta, entendiendo a la rehabilitación como la restitución de la función deteriorada hasta el máximo nivel posible.

En este sentido, otros autores han comprendido a la rehabilitación cognitiva como *“un proceso terapéutico cuyo objetivo consiste en incrementar o mejorar la capacidad del individuo para procesar y usar la información que entra, así como permitir un funcionamiento adecuado en la vida cotidiana”* (Sohlberg y Mateer, 1989 citado en Ginarte-Arias, 2002, p. 871), o como *“el conjunto de procedimientos y técnicas que tienen por objetivo alcanzar los máximos rendimientos intelectuales, la mejor adaptación familiar, laboral y social en aquellos sujetos que sufrieron una lesión cerebral (daño cerebral traumático, ictus, demencias y otras enfermedades neurológicas)”* (Lorenzo-Otero, 2001 citado en Ginarte-Arias, 2002, p. 871).

Estos dos últimos enfoques ponen un cierto énfasis en cuanto a la reinserción social del sujeto, asumiéndola como parte de la meta de la rehabilitación cognitiva, dándole un mayor alcance al impacto del proceso, superando así la noción de compensar solo el daño.

La metodología a seguir, independientemente de la modalidad, parece ser la misma, siendo coherente incluso con las propuestas sustentadas en los paradigmas de la neurocognición, o sea, iniciando con la evaluación de los procesos cognitivos afectados (facilitando de esta forma no solo la identificación del déficit, sino además, el discernimiento de cuál o cuáles serían los procesos conservados), procediendo luego a la construcción de una estrategia acorde a los resultados alcanzados en el diagnóstico previo realizado (Ginarte-Arias, 2002; Benedet, 2002; López-Luengo, 2001).

Para la realización de estas prácticas interventivas, existe una tendencia hacia el trabajo en equipos multidisciplinarios, desde los que se construye la rehabilitación cognitiva a partir de los distintos referentes metodológicos-prácticos que ofrecen cada una de las áreas del conocimiento implicadas. Ello da cuenta de la relevancia otorgada a la atención integral de la persona.

Asimismo, la rehabilitación se ha defendido como la esencia en el tratamiento a enfermedades mentales como es el caso de la esquizofrenia. Según refiere Gabaldón, Ruiz, et al. (2010, p. 102) *“la mejora de la cognición en la esquizofrenia es la estrategia más importante en los tratamientos integrales de esta enfermedad”*, basándose en los resultados obtenidos luego de la aplicación del programa Terapia Psicológica Integral, en el que se disminuye de manera global la sintomatología clínica y se mejoran en efecto, las habilidades sociales del paciente.

Según Dávalos, Green y Rial (2002 citado en Vargas, 2004), la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia específicamente, se encuentra asociada a la compensación de las funciones de atención, memoria y funciones ejecutivas, dentro de un tratamiento integrado donde se deja ver la mejora en habilidades de la cotidianidad como resultado de la misma. Este enfoque sitúa el cómo se ha trabajado la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia desde la ciencia y la profesión, entendiendo que la misma se concibe a partir de un déficit, esperando a consecuencia la optimización del ajuste social del sujeto esquizofrénico.

Vargas (2004) hace alusión a que, en cuanto a la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia desde la postura del déficit cognitivo, se hace necesario definir este como factores limitantes en la

adaptación psicosocial y laboral del sujeto, ampliando la noción del déficit más allá del espectro de la cognición. Este da así relevancia al hecho de tener en cuenta a los factores ambientales, emocionales y neurocognitivos que pudiesen en alguna medida sustentar al proceso rehabilitatorio y, por tanto, el alcance de sus metas.

Para llevar a cabo un proceso de rehabilitación, además de las pautas ya señaladas, se conciben un número determinado de acciones de acuerdo a los problemas encontrados. Estas acciones, según Bravo (2009) se pueden catalogar como centradas en el individuo, en las relaciones interpersonales, en la familia y en el trabajo, haciendo referencia a la rehabilitación psicosocial en estos casos. La misma autora comprende a la rehabilitación de los procesos cognitivos como una parte dentro del área centrada en el individuo.

Para la rehabilitación cognitiva del paciente mental se describen dos modalidades fundamentales. La primera de ellas es la Terapia Psicológica Integral -IPT, por sus siglas en inglés- de Brenner, la cual se centra en la rehabilitación del déficit para ir entrenando progresivamente habilidades más complejas del funcionamiento social intrapersonal del sujeto. La segunda, la Terapia de Remediación Cognitiva -TRC-, es aquella que se basa en proveer de estrategias y recursos al paciente para afrontar las situaciones cotidianas, haciendo lo inverso de la IPT; o sea, se parte de habilitar en el sujeto herramientas complejas para la interacción social, identificando así los procesos cognitivos que guardan relación con la necesidad, finalizando con el entrenamiento de las funciones más específicas que se correspondan con la habilidad más relevante (Bravo, 2009).

Los modos de hacer rehabilitación cognitiva en estas y otras propuestas son similares, privilegiando el empleo de estímulos visuales mediante el uso de tarjetas que el paciente debe enunciar, clasificar según tipologías diversas, recordar, construir historias entre otras formas (Roder, Brenner, et al., 2007; Gisbert, 2003). El uso de los métodos computacionales ha sido otros de los modos que ha tomado auge en el ámbito, para lo que se han diseñado diversos *softwares* enfocados en la rehabilitación de procesos cognitivos básicos y complejos; en los cuales el sujeto debe seguir instrucciones que se irán complejizando a medida que se avanza en la aplicación (Hernández, 2014; Martínez, 2014).

Otro de los modos de hacer rehabilitación cognitiva consiste en proponerle al sujeto la realización sistemática de un test en el que su desempeño no haya sido satisfactorio, a fin de entrenar ciertas habilidades que puedan ser puestas en práctica posteriormente (Benedet, 2002). O, por otro lado,

proponerle situaciones de la vida diaria, en las que el sujeto debe planificar, enunciar y llevar a cabo actividades mediante la estructuración de las acciones en orden cronológico, procurando alcanzar el objetivo de la manera más adecuada posible y dotándole de herramientas y recursos para el éxito (Benedet, 2002).

En sentido general, las tareas concebidas para la rehabilitación cognitiva de pacientes psiquiátricos se encuentran enfocadas en el déficit específico del sujeto, y en el tipo de resultado que se desea obtener –sustitución o compensación-. Las propuestas mencionadas introducen la noción de la reinserción social óptima como fin último de la rehabilitación cognitiva, siendo coherentes con la concepción de la modalidad que se asume en este estudio.

El entrenamiento sería entonces la metodología por excelencia, de esta manera se le dota al sujeto de aquellos recursos necesarios para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento posible. Este podría estar orientado tanto a ejercitar una función cognitiva que se encuentre relativamente conservada para que asuma en cierta medida a otra con mayor nivel de deterioro o, podría estar orientado a ganar habilidades en el empleo de recursos externos que permitan la compensación del déficit (Hernández, 2014; Martínez, 2014; Bravo, 2009; Roder, Brenner, et al., 2007; Benedet, 2002; Gisbert, 2003).

1.2 Necesidades de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia

En el epígrafe anterior ya se introducía una de las particularidades del paciente esquizofrénico, ser portador de un déficit cognitivo, el cual presenta un carácter de cronicidad que pudiese considerarse como elemento base de su enfermedad. Esta característica del paciente hace que se tome a la rehabilitación cognitiva como una parte esencial en el tratamiento de la enfermedad (Valverde, 2012).

Este argumento ha sido ampliamente tratado en la literatura, desde las primeras concepciones aportadas por Kraepelin y Bleuler, mencionadas anteriormente, ya se describían alteraciones de los procesos cognitivos en el paciente esquizofrénico, las cuales marcaban el curso y la sintomatología de la enfermedad (María y Colina, 2011; Nieva, 2010; Espert, Francisco, et al., 1998).

La esquizofrenia es abordada posteriormente desde el paradigma cognitivo por varios autores dentro de los que destaca Keefe (1995 citado en Espert, Navarro, et al., 1998), quien describe alteraciones

en el procesamiento de la información verbal o en aprendizaje verbal como aquel déficit a tener en cuenta en la aplicación de tests y otras metodólicas para la investigación de la enfermedad.

Esta posición es coherente con el objeto de estudio del paradigma cognitivo, el cual surge a finales de los años cincuenta sobre la base de la crisis del Conductismo (de Vega, 2005; Corral, 2014). No obstante, este continúa siendo una posición reduccionista, pues solo le resultan de interés los procesos cognitivos, dejando a un lado a los procesos dinámicos y afectivos, a la personalidad y a las relaciones sociales, en la medida que definen como núcleo y objeto de estudio a los procesos mentales (Corral, 2014).

En la actualidad, la neuropsicología, sin distar mucho de las concepciones iniciales en el estudio de la cognición y desde un referente positivista, ha dado descripciones de los perfiles neuropsicológicos que identifican al paciente esquizofrénico. Según Benedet (2002), la neuropsicología se definía tradicionalmente bajo el objeto de estudio de la relación entre la conducta y el cerebro, comprendiendo las bases y origen del proceso en las funciones psíquicas y sus determinantes biológicos. La evolución de este conocimiento ha generado la inclusión de otras áreas del conocimiento afines en lo que se denomina hoy *neurociencias*.

En este sentido se encuentran las investigaciones realizadas por Glaverna, Bueno, et al. (2011), quienes describen las alteraciones en cuanto a los procesos de memoria, atención y funciones ejecutivas existentes en el cuadro clínico de la enfermedad, basándose en la aplicación de varios *tests* psicométricos, respondiendo así a su orientación profesional.

Se puede observar, por tanto, cómo el tratamiento de la patología en la literatura se centra en el déficit, en lo afectado, abordando las características del daño de manera exhaustiva y desde los referentes teóricos de la psicometría y el cognitivismo, buscando un dato cuantitativo que permita describir el fenómeno en términos de qué y cuánto está afectado el proceso, sin indagar en aquellas cualidades que pudiesen distinguir al déficit.

Benedet (2002), asume una postura crítica ante esta realidad, agregando el valor científico que adquiere el análisis del paciente desde un diagnóstico neuropsicológico que incluya la evaluación de aquellos procesos conservados. Esta autora afirma que:

Si un modelo permite explicar los datos de los pacientes neuropsicológicos debe permitir, a la vez, explicar los datos de los individuos con el cerebro intacto [...] un

programa de rehabilitación basado en la identificación del componente del sistema que está dañado, por un lado, y en el conocimiento del estado de los demás componentes del sistema susceptibles de participar en la rehabilitación del paciente, por otro. Esta fundamentación científica de la práctica clínica en neuropsicología cognitiva está ausente en las metodologías previas (clínica y psicométrica) de nuestra disciplina (p. 25).

Esta perspectiva cambia las formas más tradicionales de abordar el tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo al estudio del déficit cognitivo aquellas particularidades que pudiesen optimizar la rehabilitación cognitiva del paciente. Se infiere que además de abordar el déficit, se hace necesario tomar en cuenta las potencialidades con las que pudiese contar un sujeto enfermo para optimizar el tratamiento y en consecuencia la adaptación al medio.

Así, tendríamos dos aproximaciones a tener en cuenta, primero: el déficit cognitivo del paciente esquizofrénico, y segundo: las potencialidades para la rehabilitación cognitiva que posee el propio paciente. El primero de estos, como ya se mencionaba, está contemplado en la literatura de manera profunda; en el caso del segundo es insuficiente o casi nulo el tratamiento que se le ha dado hasta donde hemos tenido alcance.

Respecto al primer caso, el del déficit cognitivo, una de las teorías postula que en la esquizofrenia tiene lugar un déficit atencional importante (Gabaldón, Ruiz, et al., 2010; Espert, Francisco, et al., 1998), y que por tanto se verán comprometidos otros procesos cognitivos básicos y complejos en un curso crónico (Espert, Francisco, et al., 1998; Valverde, 2012).

Otros de estos enfoques se basan en la teoría de la cognición social, donde serían las funciones cognitivas básicas la afectación primaria -funciones ejecutivas, memoria de trabajo, atención, capacidad de abstracción, función motora y lenguaje-, generando por tanto la afectación a las funciones de cognición social tales como: la capacidad de establecer empatía, búsqueda efectiva de soluciones a conflictos y la percepción adecuada del entorno (Gabaldón, Ruiz, et al., 2010).

Téllez y López (2010 citado en Nieva, 2010) afirman en uno de sus estudios, en el que emplearon pruebas neuropsicológicas específicas, que los procesos más afectados por el deterioro cognitivo en pacientes esquizofrénicos se encuentran en el aprendizaje serial, las funciones ejecutivas, la vigilia, la velocidad motora y la fluencia verbal, seguido de un deterioro moderado de la atención, la

evocación retardada, las habilidades visomotoras, la memoria inmediata y la memoria de trabajo. Por último, descrito como deterioro leve, encontramos las habilidades perceptuales, la memoria de reconocimiento, el reconocimiento nominal por lectura y la memoria a largo plazo.

Por tanto, este trabajo se centrará la caracterización del déficit cognitivo en la esquizofrenia desde un enfoque integrativo, que más allá de intentar ofrecer una respuesta a la discusión que existe hoy en torno al tema, pretende brindar una óptica general de lo que ocurre en esta enfermedad, enfocándose en aquellos aspectos comunes entre las distintas perspectivas.

De este modo, se asume que la atención, las funciones ejecutivas, la memoria, el pensamiento y el lenguaje, parecen ser los procesos cognitivos más afectados y de coincidencia entre los distintos referentes bibliográficos, en las investigaciones a las que se tuvo acceso.

Asimismo, según el propio Kraepelin, las pérdidas en las capacidades atencionales serían fundamentales para entender el funcionamiento cognitivo de estos pacientes, explicando que:

Es bastante común entre ellos perder tanto la inclinación como la habilidad en su propia iniciativa para mantener la atención fija durante cualquier período de tiempo [...] se observa ocasionalmente una especie de atracción irresistible de la atención hacia impresiones externas casuales (Kraepelin, 1919 citado en Nieva, 2010, p. 30).

En el caso de la atención, esta se comprende como un déficit primario en base a la disminución de las funciones selectivas e inhibitorias de la misma (Vargas, 2004), siendo argumentado por Calev (1999 citado en Pardo, 2005, p. 73) cuando expone que la principal dificultad del sujeto esquizofrénico se encuentra en discriminar *“la información fundamental y la accesorio o irrelevante”*.

Según Galaverna, Bueno, et al., (2011), el déficit atencional en la esquizofrenia pudiese ser considerado como un marcador de vulnerabilidad a debutar con esta enfermedad, viéndose comprometida la capacidad de mantener un foco atencional dirigido a una tarea específica, existiendo coherencia con lo anteriormente planteado, lo que ayuda a comprender que se tome de referencia como afección principal, pues el proceso atencional, comentan los propios autores, *“sirve como modulador y potenciador del funcionamiento de otros sistemas cognitivos [...], haciendo difícil aislar el rol de los déficits en la atención de problemas en estos otros sistemas”* (p. 110).

McGhie y Chapman (1961 citado en Vargas, 2004, p. 476), ofrecen cuatro puntos esenciales que permiten un mayor juicio sobre la afectación de este proceso: *“primitivización del proceso perceptual,*

una progresiva difusión de los canales sensoriales, alteraciones en el control y dirección de la motilidad o acción voluntaria y una disminución de la concentración y un progresivo trastorno del pensamiento”. Esta perspectiva nos ofrece una visión de las cualidades de lo afectado en términos de atención.

Para Frith (1995 citado en Vargas, 2004), el déficit atencional en la esquizofrenia, produce no solo el deterioro de la percepción como proceso cognitivo básico, sino que afecta además otros mecanismos cognitivos que pudiesen explicar las alteraciones a nivel volitivo.

En síntesis, el déficit en la atención comprende dentro de sí un deterioro de la percepción -en términos de intrusión perceptiva- y de los procesos de vigilia -hipervigilancia-, explicando así por qué el sujeto esquizofrénico se plantea una realidad distorsionada de su medio y de lo que en él ocurre (Ladrón de Guevara, 2011; Vargas, 2004).

Esta distorsión pudiese estar relacionada además con lo que ocurre en la memoria de los sujetos esquizofrénicos. La afectación de este proceso, específicamente de lo que se ha denominado memoria de trabajo, es concebida por Holcomb, Medoff, Lathi y Tamminga (1999 citado en Pardo, 2005, p. 74) desde la visión de que *“ninguna tarea es representada como una serie continua de reglas y características lógicas. Sin una buena memoria de trabajo, la actividad de mantenerse en una tarea momento a momento se vuelve fragmentada y temporal y lógicamente discontinua”*, explicando, *grosso modo*, la relación existente entre los distintos sistemas.

Según Bousoño, González Torres, González, Olivares, Montalbán y San Juan (2005 citado en Nieva, 2010) el deterioro de la memoria de trabajo viene dado por la *“disminución en la capacidad de recordar palabras o imágenes en un corto período para realizar una tarea concreta”*. Esta se encuentra dada por la dificultad que genera el déficit de almacenar o procesar la información de manera adecuada, comprometiendo así, a los procesos de codificación, recuperación y reconocimiento (Espert, Francisco, et al., 1998).

La alteración de estos procesos, que consideraremos como básicos asumiendo un enfoque más tradicional para las denominaciones, pudiese traer consigo, que se vean afectados otros procesos de mayor complejidad como es el caso del pensamiento.

El pensamiento en la esquizofrenia adquiere un carácter desorganizado en los períodos prodrómicos y residuales de esta enfermedad, siendo comprendido desde el concepto de trastorno formal del

pensamiento o pérdida de las asociaciones. Este hecho es constatable en el síntoma definido como *alogia*, el cual se basa en un empobrecimiento del pensamiento y lenguaje, siendo afectados la fluidez y la productividad de los mismos (APA, 1995).

En la clínica psiquiátrica, estos fenómenos se comprenden como alteraciones en el curso del pensamiento. La perseveración y la prolijidad, respectivamente, han sido descritos como elementos que conforman el cuadro clínico esquizofrénico, pudiéndose encontrar además la disgregación del proceso, en donde se establecen estructuras gramaticales que no poseen ninguna lógica entre los conceptos que la forman, a pesar de estar adecuadamente construidas (Cao, 2005).

Parece entonces que la afectación del pensamiento sería en cierta medida la base de las afectaciones al lenguaje. Según Espert, Francisco, et al. (1998):

El sujeto puede perder el hilo de la conversación, saltando de un tema a otro ("pérdida de las asociaciones"); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas ("tangencialidad"); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que resulta casi incomprensible y se asemeja a la afasia de Wernicke en su desorganización lingüística. Puesto que la desorganización leve del habla es frecuente e inespecífica, el síntoma debe ser suficientemente grave como para deteriorar la efectividad de la comunicación (p. 39).

Desde el enfoque que asumimos, entendemos la afectación del lenguaje como causa del deterioro del pensamiento y no como un déficit independiente, considerando que encontrar la base de este, pudiese significar la compensación del mismo y, en consecuencia, la rehabilitación del paciente.

Por otro lado, las funciones ejecutivas, descritas por Ardila (2012 citado en Lamed y Rodríguez, 2013) como *"aquellas que le permiten a un individuo organizar, integrar y manipular la información adquirida"*, son las encargadas de capacitar al sujeto para crear, planear, abstraer y generar otros recursos necesarios a la interacción con el medio y la conformación de la percepción que tiene de sí mismo éste.

La afectación de estas se ha encontrado en las capacidades de generar estrategias para recuperar información, la habilidad de razonamiento abstracto y la flexibilidad cognitiva (Galaverna, Bueno, et al., 2011). Además, Baddeley y Wilson (1988 citado en Muñoz-Céspedes y Tirapu-Ustárroz, 2004)

añaden que la afectación pudiese verse evidenciada en la dificultad que presentan estos pacientes para centrarse en una tarea y finalizarla sin un control ambiental externo, siendo inclusive correspondiente con lo descrito como déficit en la atención, la presencia de un comportamiento rígido, perseverante, a veces con conductas estereotipadas, dificultades en el establecimiento de nuevos repertorios conductuales junto con una falta de capacidad para utilizar estrategias operativas y en las limitaciones en la productividad y la creatividad con falta de flexibilidad cognitiva presentes, elementos estos que no difieren de lo anteriormente expuesto como deterioro cognitivo.

De este modo, se considera a las funciones ejecutivas como aquel nivel superior, o función psíquica superior que incluye a procesos básicos como la atención y la memoria y a otros más complejos como el razonamiento o el enjuiciamiento, en un nivel integrador, con el fin de asegurar la adecuación e interacción del sujeto para con su medio. Se tratan dentro de estas los procesos de inhibición, secuenciación, planificación, flexibilidad mental, memoria de trabajo, control atencional, razonamiento, categorización, iniciación y formación de conceptos; la toma de decisiones, control de los impulsos, volición, estrategias de cooperación, empatía, teoría de la mente y la administración de esfuerzos (Hernández, 2014; Martínez, 2014; Lameda y Rodríguez, 2013; Muñoz y Tirapu-Ustároz, 2004).

A modo de conclusión parcial, se asume en este estudio que el deterioro cognitivo de la esquizofrenia tiene un carácter multifactorial, siendo varios los procesos afectados, respondiendo unos a la alteración de los otros, siendo necesario niveles de especificación entre estos, para un más adecuado acercamiento y tratamiento de los mismos.

En el segundo de los casos -el de la perspectiva de las potencialidades- debe señalarse en lo que respecta a la esquizofrenia, que los estudios realizados son inversamente proporcionales en número a los que exponen la cuestión del déficit. Ello complejiza la tarea de definir en un concepto sistematizado a las mismas. Por tanto, su abordaje en este marco teórico será desde la presunción de cuáles podrían ser estas potencialidades, empleando como sustento las propuestas del Enfoque Histórico Social de Vygotsky y la concepción sobre el doble carácter de las necesidades que, dentro de este enfoque, realiza González Serra (2008). Se constituye en otro referente la perspectiva salutogénica de los enfoques de salud actuales, que amplían la concepción del ser humano, entendiéndolo como un ser físico, anímico y espiritual, en su capacidad de enfrentar las dificultades (Gómez, s/f).

Vygotsky (1993) establece dentro de sus conceptos el de Zona de Desarrollo Próximo –ZDP-, refiriéndose así a un modo de diagnosticar que privilegia la mirada a las potencialidades, o sea, la Zona de Desarrollo Actual -ZDA- sería todo aquello que el individuo es capaz de realizar por sí mismo, mientras que la ZDP es la distancia existente entre esto y lo que el individuo puede llevar a cabo en colaboración.

González Serra (2008), por su parte, entiende a las necesidades en su doble carácter activas-pasivas. El carácter pasivo refleja la dependencia de un objeto-meta, en cuanto que el sujeto *“sufre por su privación, teme por su pérdida, disfruta por su obtención y aseguramiento”* (p. 131) y el carácter activo se constata en la búsqueda de satisfacción mediante la regulación de la actividad.

Estas dos perspectivas encuentran su punto en común en la construcción de sus conceptos, refiriéndose a procesos similares en ambos discursos. Tanto Vygotsky como González Serra, hacen alusión a la dependencia del sujeto hacia un objeto cuando formulan hasta *dónde este llega* -lo pasivo y la ZDA- y a las potencialidades reales que posee un individuo dado, que se expresan en hasta *dónde podría llegar* -la movilización activa del comportamiento y la ZDP-. Tomar de sustento teórico estos puntos de vista, implica el abordaje de la esquizofrenia ya no solo desde la noción tradicional del déficit, sino además desde los recursos con los que puede contar el paciente y que, a su vez, puedan servir en el tratamiento a este déficit con la ayuda de otro.

Estos puntos de vista se ven reflejados en el objetivo final de la atención integral a la persona que padece enfermedades mentales descrito por Bravo (2009) –refiriéndose a la rehabilitación del trastorno en sí- como:

[...] lograr que la persona recupere su proyecto vital tras la aparición de la enfermedad y la discapacidad. No sólo implica que desaparezcan los síntomas, o disminuyan las discapacidades, sino que supone apoyarse en las fortalezas, en las potencialidades que quedan y en el proceso dinámico de querer seguir desarrollándose en esa nueva situación. El sentido de rehabilitar va más allá, es hacer que esa persona sea de nuevo dueña de su vida, de sus proyectos, es proporcionarle los apoyos necesarios para que de un modo realista esto pueda ser así (p. 870).

La propuesta salutogénica –a la cual pudiese estar respondiendo la cita mencionada anteriormente-, por su lado, hace referencia al sentido de coherencia desde la concepción aportada por Antonovsky (1987; 1990 citado en Grau, Hernández, et al., 2005) orientada a tres elementos fundamentales: la orientación salutogénica –búsqueda e identificación de indicadores en el sujeto que favorezcan la salud del mismo y el no enfermar-, el optimismo –poseer expectativas favorables hacia la vida, relacionándolo con el bienestar físico y psicológico-, y la autoestima –referida al valor y la apreciación que el sujeto posee de sí mismo-.

Este enfoque, según Grau, Hernández y Vera (2005), asume una perspectiva optimista del sujeto, concediéndole la capacidad de influir en su proceso de salud-enfermedad desde el empleo de sus potencialidades para el cambio, la utilización de *“recursos contra la posibilidad de enfermar y de propiciar cierta resistencia al distrés emocional generador de trastornos”* (Grau, Hernández, et al., 2005, p. 159).

Es válido aclarar, no obstante, que en nuestro caso tratamos ya con un sujeto enfermo, que más allá de emplear recursos en función de no enfermar, sería más oportuno referirnos al empleo de recursos en función de alcanzar los mayores niveles de funcionamiento y adaptación posible, como ya se declaraba desde las nociones de rehabilitación expuestas anteriormente.

Por ello, las habilidades generales y el nivel de autonomía funcional actual que denote un paciente podrían ser consideradas como una de las potencialidades a tener en cuenta. En el epígrafe anterior se hacía referencia a la compensación como la base de la rehabilitación cognitiva en el caso de la esquizofrenia, y la misma encontraba su base en el empleo de recursos externos que suplieran a la función dañada. De este modo, que el sujeto enfermo sea capaz de manipular correctamente un objeto determinado, podría estar alertando de una potencialidad para la rehabilitación cognitiva, teniendo en cuenta que el adecuado uso del mismo pudiese suplir la carencia y, por tanto, elevar el nivel de funcionamiento del paciente (González, 2014). En cuanto al nivel de autonomía funcional, este implica que el sujeto pueda desplazarse por sí mismo en el espacio, conserve determinados hábitos que le permitan desenvolverse en la vida diaria al menos en sus aspectos básicos, mantenga un nivel adecuado de salud física.

Otra de las potencialidades del paciente se sustentaría sobre la existencia de procesos cognitivos conservados o relativamente conservados. Como ya se hacía mención, la evaluación cognitiva no debería estar orientada solo a la identificación del déficit, sino que además debería incluir a lo

conservado, lo que se encuentra en un nivel menor de deterioro y que por tanto podría ser útil para la sustitución de aquellos procesos más alterados.

Por procesos cognitivos conservados se entienden aquellas funciones mentales que favorecen la apropiación de la realidad -por medio de la interacción con esta- y la adecuación del comportamiento a los requerimientos de la misma. Son la evolución de fases sucesivas que permiten, por un lado, conocer las condiciones en las cuales se realizan las acciones y por otro tomar conciencia del papel de las mismas y el significado que se les atribuye (Morenza, 2001).

En adición, la intención que tenga el enfermo o su preocupación por mantenerse estable, prolongar los períodos inter-crisis e integrarse socialmente de la mejor manera posible; lo cual es coherente con los preceptos del enfoque salutogénico, sería un recurso relevante en el paciente. Ello se justifica debido a que, si el sujeto enfermo desea mejorar y optimizar su funcionamiento, entonces procurará o al menos aceptará aquellos apoyos que en esa dirección estén dirigidos -adherencia terapéutica-. Así, se entendería como potencialidad del paciente esquizofrénico la intención o el sentimiento de mejora continua, aquellas posturas o manifestaciones que se encuentren orientadas a satisfacer las demandas de salud.

Por otro lado, si el paciente en términos motivacionales muestra algún área de interés o inclinación particular -que desde perspectivas más patologizantes incluso podría entenderse como obsesión-, ello podría ser usado también a favor de comprometerlo con las tareas del entrenamiento cognitivo, y en ese sentido se convertiría en otra potencialidad.

Asimismo, se trata en la literatura el tema del apoyo como recurso imprescindible en el tratamiento de las enfermedades mentales (Urrutia, 2014; Romero y Sánchez-Cabezudo, 2013). Visto de esta manera el recurso se encontraría externo al paciente, pero desde la noción de que el sujeto enfermo cuenta con capacidades para establecer vínculos afectivos dentro de sus posibilidades, o al menos logre vínculos relacionales adecuados atendiendo a sus limitantes y a las propias posibilidades reales, habla de un recurso que gestiona desde el paciente redes de apoyo. De esta manera se pueden entender como potencialidad, todos aquellos comportamientos del paciente esquizofrénico que le permitan la gestión de redes de apoyo, y que a su vez le posibiliten el tratamiento al déficit.

En este momento surge una interrogante importante, ¿cómo se comprenden a las necesidades dentro de esta propuesta?

Antes de contextualizarlas en el espacio de la rehabilitación, conviene definir a las necesidades como categoría psicológica. Para ello asumimos el concepto de Reyes (2005) quien, soportada en la psicología de orientación marxista, y desde un encuadre funcionalista las entiende como: la demanda del sujeto de algo que garantiza su equilibrio funcional, su adaptación al medio y su desarrollo, en la dirección de la realización personal.

Como se ha ido desarrollando, se presentan dos puntos de partida para entender lo que ocurre con la cognición en la esquizofrenia; en términos de lo que está afectado, del déficit cognitivo; y en términos de las potencialidades con las que cuenta el paciente para la optimización de las estrategias de rehabilitación cognitiva. En este sentido, tomar en cuenta el análisis sobre los déficits y las potencialidades se corresponde con el doble carácter de la necesidad defendido por Rubinstein (1969 citado en González, 2008) como:

Toda necesidad experimentada por el ser humano es un estado activo-pasivo: pasivo, en el sentido de que en él se pone de manifiesto la dependencia del individuo con respecto al objeto de sus necesidades, y activo, porque implica la aspiración a su satisfacción (p. 130).

Este argumento enmarca a las necesidades en su sentido pasivo como el déficit que debe ser atendido desde *Otro*, el cual potencie desde sus prácticas de cuidado el bienestar del sujeto y su máximo nivel de funcionamiento posible. Y en su sentido activo, como todos aquellos recursos que el sujeto posee para la optimización del proceso de rehabilitación cognitiva.

Estas se conceptualizan en este caso particular como necesidades de rehabilitación cognitiva, y se entienden como todas aquellas que, expresadas en su doble carácter, relacionan a la rehabilitación cognitiva como sustento para la satisfacción de la misma. A partir de este concepto se defiende que un sujeto que padece de esquizofrenia paranoide, el cual es portador de un déficit cognitivo, expresa esta necesidad no solo en función de aquello de lo que carece -o sea las funciones cognitivas deterioradas-, sino además en aquellas potencialidades que posee y que viabilizan el desarrollo en función de la compensación del déficit.

Por tanto, la necesidad de rehabilitación cognitiva sería la demanda de atención que expresa un sujeto esquizofrénico dados su deterioro en distintas funciones cognitivas y sus potencialidades, las

cuales facilitan el manejo del déficit, y, en consecuencia, su equilibrio funcional, adaptación al medio y desarrollo.

1.3 Cuidadores primarios en la atención al enfermo mental: praxis profesional de la enfermería relacionada a la rehabilitación cognitiva

En el ámbito de la clínica psiquiátrica, el cuidado ha de ser uno de los elementos de mayor importancia. Los pacientes que en este ámbito se encuentran, en su mayoría son personas que padecen de enfermedades que producen algún tipo de discapacidad y por tanto son tributarios de acciones asistenciales. Algora (2014) define a estos pacientes y sus necesidades de cuidado en el concepto de:

un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves, que cursan con alteraciones mentales de larga duración, que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social y que deben ser atendidos a través de diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (p. 1).

El cuidador es aquel responsable de la atención a un sujeto en situación de dependencia y que según Larbán (2010), se define como:

una persona de la familia, un profesional, u otra persona, que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte, que asiste o ayuda otra persona o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, visando una mejora en la condición humana o estilo de vida (p. 57).

Este concepto ubica al cuidado como la atención a necesidades, de las cuales el cuidador se hace cargo en el plano de lo asistencial y de compañía. El cuidado, según el propio autor, se comprende como aquel comportamiento que encierra en sí, conocimientos, valores éticos y morales, habilidades, capacidades y actividades en pos de la potencialidad de los sujetos cuidados, para el mantenimiento o mejora de sus condiciones en el proceso de vivir y morir (Larbán, 2010).

Dentro del concepto cuidador, existen tipologías que lo definen en cuanto a sus modos de cuidar, vínculo compartido con el sujeto cuidado, asignación de una remuneración o capacidades para el cuidado. Estos se describen como cuidadores formales o informales y cuidadores primarios o secundarios.

En la primera de estas tipologías se halla la distinción más en el orden de la asignación de un pago por la acción de cuidado y las capacidades que se tienen para este, siendo el cuidador informal aquel que no recibe una remuneración por la tarea ni necesariamente debe contar con una capacitación profesional para esta. Por su parte, el cuidador formal recibe un beneficio económico por la asunción del rol, y en su mayoría cuentan con distintos niveles de especialización en dependencia del ámbito en que se desarrolle la acción de cuidar y de su derivación profesional (Pérez, 2014; Larbán, 2010).

Según Pérez (2014), las personas que generalmente asumen el rol de cuidadores informales, son los propios familiares del paciente, vecinos, amigos u otros allegados del mismo. Esto se debe principalmente al vínculo de apego existente entre el cuidador y el sujeto cuidado, y no a la existencia de una capacitación profesional para la tarea ni por el recibo de remuneración económica a cambio de cuidar, convirtiendo al acto de cuidar en una elección.

Por su parte, aunque esta definición se centra en el cuidador desde el ámbito de la geriatría y la gerontología, es válido en su contenido para definir al cuidador formal como:

aquellas personas capacitadas a través de cursos teórico-prácticos de formación por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva, asistencial y educativa al anciano [sustitúyase por sujeto] y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospitales, centros de atención primaria, servicios sociosanitarios [...], entre otras. (De los Reyes, 2011 citado en Pérez, 2014, p. 17).

Y es que los profesionales de la salud se encuentran capacitados para el cuidado, la asistencia y compañía del sujeto enfermo (Algora, 2014). Ulloa (2012) describe dentro de las funciones de estos, como principales responsables de los cuidados de salud, su incidencia en gran medida en los indicadores de salud del sujeto enfermo y de la sociedad en sí.

En la segunda de estas tipologías, ya se mencionaba al cuidador como primario o secundario, en función del tipo de vínculo establecido con el sujeto que recibe la atención, distinguido por la responsabilidad y protagonismo que adquiere este durante la tarea. En el caso del cuidador secundario, es aquel que no ejerce la mayor influencia sobre el destinatario del cuidado, siendo aquella persona que a pesar de que asuma acciones de cuidado para con un destinatario del mismo,

no se concibe como el principal responsable de este. Lo distingue la temporalidad que dedica a la acción de cuidado y el vínculo terapéutico establecido con el paciente (Algora, 2014; Pérez, 2014).

Por su parte, el cuidador primario es definido como el máximo responsable de la acción de cuidar de otro, quien mayor tiempo dedica a esta atención y que por tanto, conoce las esencias del depositario del cuidado, características del mismo, evolución y curso de su afectación, particularidades estas que describen las cualidades del destinatario y que le aportan al cuidador el saber necesario para asumir la tarea en consonancia con sus capacidades, aptitudes y habilidades y desde donde enjuicia la toma de las decisiones con respecto al acto de cuidar (Algora, 2014; Pérez, 2014; Larbán, 2010).

En este trabajo los profesionales de enfermería son entendidos como cuidadores del paciente esquizofrénico. Estos, desde las perspectivas anteriormente expuestas, asumirían no solo el rol de cuidador formal, sino además el de primario, debido a que son aquellos que mayor tiempo pasan con el paciente –dadas las largas estadías hospitalarias de los mismos–, estableciendo un mayor vínculo relacional con este, en contraste con los demás participantes de la acción de cuidar (Montero, Faure, et al., 2010).

Sería entonces el profesional de la enfermería en calidad de cuidador primario, el principal encargado de atender las necesidades de rehabilitación cognitiva presentes en los pacientes. Dicho cuidado, implícito en el accionar de la enfermería, se construye desde sus praxis profesionales, las cuales irían dirigidas a satisfacer, además de las necesidades más básicas de los sujetos enfermos, aquellas que requieren de niveles especializados de atención, asegurando así el máximo nivel de funcionamiento de estas personas, función establecida dentro de su perfil profesional (González, Martínez, et al., 2011).

Entonces, ¿cómo entender la praxis profesional de enfermería? Para esto debemos definir en primer lugar qué elementos componen la praxis profesional. Esta construcción partirá de los propios referentes que sostienen la práctica del cuidado y de cómo se concibe en el accionar de enfermería.

Para la comprensión de la praxis, los saberes profesionales serían los primeros a tener en cuenta. Según Algora (2014), ello incluye al saber teórico y al saber hacer. Para este autor, el saber teórico *“está relacionado con el proceso cognitivo, permite acceder a un saber sobre sí mismo y sobre los demás, así como sobre la profesión y sobre la relación con los demás”* (Algora, 2014, p.76). Por su parte, el saber hacer estaría en relación con aquellas habilidades prácticas del profesional. Algora

(2014, p. 76) refiere que *“el saber hacer incorpora la práctica, la acción. Las habilidades que uno tiene y pone en juego, las destrezas al actuar y las técnicas que pueden suponer una mejora en las relaciones”*.

Esta noción del saber –saber teórico y saber hacer- aportada por Algora es válida para concebir los indicadores de nuestro estudio, por lo que asumimos desde esa base al saber teórico como saber profesional, entendido como el conjunto de conocimientos referidos a los aspectos más generales de la esquizofrenia, el deterioro cognitivo, las potencialidades del paciente, las particularidades de cada caso y los modos concretos de proveer de atención al sujeto en lo que respecta a sus necesidades de rehabilitación cognitiva. Por su parte, el saber hacer, en la medida en que está relacionado con la acción misma, constituye para este estudio el núcleo central de la praxis.

Las acciones incluyen los actos concretos que expresan el objeto de la profesión y que, desde la enfermería, suponen la intención del cuidado o la asistencia como fin de la propia profesión. Este fin, según González, Martínez et al. (2011), se describe como las medidas a tomar con respecto a la situación clínica que los pacientes presenten en sentido general y ante aquellas específicas del cuadro clínico, entendiendo a la enfermería como la ciencia y profesión que se dedica a la atención del enfermo.

Lo segundo a tener en cuenta, son los valores profesionales, debido a que, según cómo el cuidador se construya los criterios de lo moral⁷ dentro de su profesión y los referentes en que estos se sustenten, así será la decisión de incorporar un nuevo saber o manejar dentro de la praxis profesional uno ya instaurado en su sistema de saberes. Y es que la apropiación de un saber no implica necesariamente su incorporación en la praxis profesional del cuidador (Larbán, 2010).

Los valores profesionales constituyen la concreción de los principios morales expresados en la significación socialmente positiva y de sentido que, para los sujetos pertenecientes a una comunidad de praxis profesional, adquieren los hechos, fenómenos, procesos y acontecimientos relacionados con su actividad social específica (Suárez y del Toro, s/f).

Algora (2014) describe tres supuestos que ubican a los valores del profesional en la mirada ética del ejercicio de cuidar, agregando que cuidar *“más allá de su carácter cotidiano, resulta fundamental para la subsistencia del género humano”* (Algora, 2014, p. 58). Pone así el énfasis del cuidado como

⁷ Según González, Martínez, et al. (2011, p. 1) *“La moral es un conjunto de normas que regulan el comportamiento de los seres humanos en sociedad, que son aceptadas en forma libre y consciente por un individuo.”*

esencia necesaria de la naturaleza humana, y que por tanto implica a la moralidad, en su mediación con las relaciones establecidas en el ámbito profesional.

Uno de estos supuestos lo define como *“el escrupuloso respeto de la autonomía del otro”* (Algora, 2014 p.58), explicando que el ejercicio de cuidar implica necesariamente la tolerancia a las diferencias del otro que es cuidado, sin que esto signifique una posición pasiva. Respetar hasta dónde el sujeto desea ser cuidado, significaría potenciar su autonomía, asumiendo tanto la potencialidad real del sujeto –destinatario del cuidado- como las características que lo hacen digno del ejercicio de cuidar.

Otro de los supuestos Algora (2014) lo describe como *“el conocimiento y la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado”* (p. 58), en tanto el cuidador deberá comprender las condiciones en las que se desarrolla la acción de cuidar y las características que determinan en el sujeto la necesidad del cuidado. En este se distinguen todos aquellos factores biopsicosociales y económicos que influyen en la realización del paciente, agregando que:

El sujeto enfermo se halla ubicado en un contexto material que tiene unas determinadas características y que, según cuál sea, influye de un modo que puede ser determinante en la ya de por sí precaria autonomía del sujeto cuidado. No se puede cuidar al otro si no se sumerge uno en su circunstancia y comprende las claves de su situación y contexto (Algora, 2014, p. 58).

De aquí se deriva el último supuesto, *“el análisis de sus necesidades”* (Algora, 2014, p. 58), y es que como se puede observar hasta el momento, cuidar significa una relación sobre la base de satisfacción de necesidades, en donde el cuidador debe asumir la tarea de proporcionar soportes vitales y herramientas en las que el sujeto cuidado sea capaz de apoyarse, buscando el mayor nivel de autonomía posible.

Para esto, se deben cumplir dos premisas según el propio autor, *“la capacidad de atención, de escucha o, mejor dicho, de receptividad del otro”* (Algora, 2014, p. 59) y *“la competencia profesional para resolver dichas necesidades”* (Algora, 2014, p.59). Dichas premisas vienen a integrar los supuestos antes expuestos, en la medida que la acción de cuidado debe involucrar capacidades, actitudes y aptitudes que favorezcan la propia relación de cuidado; dentro de las cuales encontramos el respeto al otro y sus diferencias, el conocimiento de sus limitaciones y potencialidades, la

capacidad para responder a las necesidades presentes en correspondencia con los alcances de la profesión y la postura activa ante la tarea de cuidar de otro.

Hasta el momento se ha descrito cómo los saberes y los valores median en la praxis profesional de un cuidador, que en este caso se define como cuidador primario, en donde *“el deseo de cuidar del otro es una especie de impulso altruista que emerge de dentro de la persona y que la abre a la perspectiva del otro”* (Larbán, 2010). Y es que, como ya se hizo referencia, el acto de cuidar, ya sea desde lo formal o informal, implica una elección de la persona, la toma de la decisión, que en el caso de los cuidadores informales parecería más un rol atribuido, a diferencia del cuidador formal que es quien asume la tarea de cuidar de otro y, por tanto, debiese asumir además la responsabilidad de lo que esto implica (Algora, 2014; Pérez, 2014).

Este presupuesto que distingue al rol de cuidador, enmarca a la motivación como el tercer aspecto a tener en cuenta que distingue la praxis profesional de la enfermería, debido a que cursar estudios profesionales donde se capacite a la persona en la acción de cuidar es siempre una elección, independientemente de las influencias externas o internas que la definan.

La motivación, descrita por Diego González Serra (2008, p. 52), se concibe como *“la compleja integración de procesos psíquicos que efectúa la regulación inductora del comportamiento, pues determina la dirección (hacia el objeto-meta buscado o el objeto evitado), la intensidad y el sentido (de aproximación o evitación) del comportamiento”*.

Por eso entendemos a la motivación como aquellas necesidades y motivos que en su interacción regulan la praxis profesional, dándole orientación, intensidad y sentido a la misma.

En la acción profesional, estarían integrados los saberes, los valores y la motivación como mediadores de la misma. Por lo que, pareciese que con solo entender a la acción profesional podríamos definir a la praxis profesional de enfermería y lejos de esta concepción, defendemos que, aunque en la realidad se dan integrados, es necesaria su separación para abordarlos con mayor claridad en el análisis de la categoría praxis.

Por tanto, definimos la praxis profesional como la interrelación dialéctica existente entre saberes, valores y motivación, expresados en las acciones que dan cuenta del objeto de una profesión dada. Ya en el contexto de la enfermería, la praxis profesional es la interrelación dialéctica entre los componentes antes mencionados, en la expresión del acto de cuidar, entendiendo la atención de las

necesidades de rehabilitación cognitiva de los pacientes, como un nivel dentro del objeto de la profesión.

De esta manera, la praxis profesional de enfermería desde el cuidado guarda relación con una praxis pensada para la rehabilitación cognitiva. Ello se ve reflejado en el perfil del puesto de enfermería dentro del entorno de la clínica psiquiátrica. Por ejemplo, una de las tareas de cuidado de la enfermera se basa en satisfacer la necesidad de movimientos corporales en el paciente psiquiátrico, que, de acuerdo a cómo se realice, pueden constituirse como una acción de rehabilitación. Otra de las tareas que guarda relación con prácticas de rehabilitación cognitiva, más evidentemente, se basa en el aumento de la capacidad del paciente para comunicarse con los demás (González, Martínez, et al., 2011).

De este modo, la praxis profesional de la enfermería se relaciona con la rehabilitación cognitiva en tanto se dirige a alcanzar el máximo nivel de funcionamiento del sujeto esquizofrénico mediante la realización de tareas profesionales que conduzcan a la disminución de la estancia hospitalaria del paciente, su orientación en la realidad y el aumento de la autoestima y los sentimientos de valía en el mismo (González, Martínez, et al., 2011).



Capítulo 2

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN. PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

2.1 Diseño metodológico y estrategia de selección de casos

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Provincial Psiquiátrico Docente “Comandante Gustavo Machín”, situado en la provincia de Santiago de Cuba, municipio Songo La Maya, durante el período comprendido entre los meses de septiembre del año 2015 y junio del 2016. La misma se sustenta en un diseño investigativo de tipo descriptivo, en tanto no pretende transformar ni explicar la realidad del objeto, sino comprender el comportamiento de las necesidades de rehabilitación cognitiva de pacientes esquizofrénicos -entendiendo como tal no solo al déficit, sino también a los recursos del paciente- y de la praxis profesional de enfermería relacionada con dichas necesidades. Establecer la relación entre ambas categorías determina, además, el carácter exploratorio de dicho estudio.

Los objetivos planteados se adecuan a las características de la *metodología cualitativa*, teniendo en cuenta que la intención del mismo no es establecer criterios estadísticos en cuanto al deterioro cognitivo de los pacientes, ni categorizar la praxis profesional de enfermería como adecuada o inadecuada; sino caracterizar el deterioro y la potencialidad, describir la praxis desde la visión de quienes participan en ella, y comprender la dinámica relacional que acontece entre esa praxis y las necesidades de los sujetos que son usuarios de las mismas.

Asimismo, los presupuestos teóricos escogidos, tanto para comprender la praxis como para abordar el déficit, tienen como plataforma epistemológica al Enfoque Histórico Social, el cual comprende a lo subjetivo como emergente de un contexto y ubica a las personas como sujetos activos y constructores de su propia realidad, lo que explica por qué se entiende al esquizofrénico no solo como paciente, en su dimensión dependiente y deficitaria, sino como sujeto con potencialidades y capacidad de movilización.

De este modo, aunque se emplearon instrumentos que responden al paradigma cuantitativo, se privilegió al dato cualitativo, contextualizado; dándole relevancia a la entrevista en profundidad, a la observación incluida allí en espacio real donde se da la relación entre cuidadoras y las necesidades de rehabilitación cognitivas de los pacientes. Finalmente, el análisis de las técnicas e instrumentos, estuvo orientado a comprender aquellas características que distinguen los procesos y su

funcionamiento, para a su vez, hacer pertinente la valoración de la relación entre las categorías a investigar.

Durante la realización de la investigación se mantuvo un tipo de relación peculiar entre investigador e investigado que parte de la estancia prolongada en el campo y de la comunicación que se establece entre estos, lo cual garantizó el protagonismo de los casos investigados y la veracidad de los resultados.

Para su desarrollo se propuso la utilización del *método etnometodológico* (Rodríguez, Gil y García, 2008; Ruiz, 2007), puesto que el mismo viabiliza el estudio de los fenómenos sociales incorporados a los discursos de los sujetos y a sus acciones a través del análisis de su propia actividad, privilegiando los mecanismos o estrategias empleadas por los sujetos para construir, dar sentido y significación a sus prácticas cotidianas. En este caso, la praxis profesional de enfermería relacionada con las necesidades de rehabilitación cognitiva de pacientes esquizofrénicos puede ser valorada a partir del discurso y la actividad de los sujetos, estableciendo el hecho de que estas son observables y portadoras de cualidades que permiten su análisis.

La estrategia de diseño de investigación estuvo basada en el estudio de casos, implicando un proceso de indagación, caracterizado por el examen detallado, sistemático y en profundidad del caso objeto de interés (García, 1991 citado en Rodríguez, Gil, et al., 2008; Ruiz, 2007). La misma estuvo dirigida por la intencionalidad de escoger a aquellos casos que resultaran pertinentes para el objeto de nuestro estudio, empleando como procedimiento para la obtención de los resultados al *estudio de casos múltiples*, que utiliza varios casos únicos a la vez sobre la realidad a evaluar, para, a partir de lo que cada sujeto revele en su expresión, poder alcanzar una visión profunda de cada experiencia en particular, y lograr así una comprensión del fenómeno desde distintas aristas. Aquí se entienden como casos tanto a las enfermeras -cuya praxis se estudia- como a los pacientes esquizofrénicos -de quienes se abordan las necesidades de rehabilitación cognitiva-. Es en última instancia la relación que se da entre uno y otro lo que constituye interés de la investigación. Los *criterios para la selección de los casos* fueron:

ψ **Relativos a los profesionales de enfermería:**

- Contar con el consentimiento y el tiempo para la participación en el estudio.
- Poseer al menos cinco años de trabajo en el ámbito de asistencia al paciente mental.

- Estar relacionados en su quehacer a la atención directa de los pacientes implicados en el estudio.

ψ **Relativos a los pacientes:**

- Contar con el consentimiento por parte de sus representantes legales para su participación en el estudio.
- Encontrarse diagnosticados de esquizofrenia paranoide.
- No presentar co-morbilidad con otras enfermedades o afecciones que pudiesen estar relacionadas al deterioro cognitivo.
- No presentar intervenciones quirúrgicas, accidentes u otros eventos que pudiesen acelerar o acentuar el deterioro cognitivo propio de la enfermedad.
- Tener al menos 20 años de evolución del trastorno y no más de 30 años de diagnosticado.
- Encontrarse en el rango de edades comprendido entre los 45 y 55 años.
- Estar bajo criterio de estabilizados.
- Ser considerados de larga estadía.

Según estos criterios se comenzó el trabajo con tres enfermeras en lo que respecta a la praxis profesional. Estas se encontraban en un rango de edad comprendido entre los 49 y 54 años, con más de 20 años laborando en servicios de Psiquiatría cada una.

En el caso de los pacientes, sumaron un total de tres sujetos, comprendidos entre las edades de 50 y 53 años; oscilaban entre el noveno y duodécimo grado de escolaridad alcanzado; provenían de entornos urbanos y la causa de ser considerados de larga estadía consistía en el abandono familiar. El tratamiento medicamentoso de estos últimos consistía en el empleo de difenhidramina, nitrazepam y cloropromacina, esta última en sustitución del haloperidol. Todos estos sujetos se encontraban estabilizados con adecuados criterios de evolución, referidos tanto por las enfermeras como por el personal médico y el psicólogo del servicio, dando cuenta de su adecuado estado de salud físico.

2.2 Categorías de estudio e indicadores para su análisis

En el capítulo anterior se hacía referencia desde la teoría a las categorías en las que se sustentaba la investigación. Estas, expuestas en términos de indicadores, guían el desarrollo del estudio estableciendo las pautas para el análisis de la información obtenida. Las mismas se conciben como:

Necesidades de rehabilitación cognitiva: la demanda de atención que expresa un sujeto esquizofrénico, dado su deterioro en distintas funciones cognitivas y sus potencialidades para el manejo del déficit, facilitando en consecuencia, su equilibrio funcional, adaptación al medio y desarrollo personal.

Indicadores:

ψ **Deterioro cognitivo:** es la acumulación de déficit cognitivo de manera progresiva, expresado en alteraciones en los siguientes procesos:

- **Atención:** entendida como la percepción, la concentración, selección de estímulos relevantes provenientes del medio e inhibición de estímulos irrelevantes.
- **Memoria de trabajo:** entendida como codificación y recuperación de información verbal y visual en la memoria a corto plazo.
- **Funciones ejecutivas:** entendidas como los procesos de planificación, secuenciación y toma de decisiones.
- **Pensamiento:** entendido como razonamiento, enjuiciamiento, categorización y nominación.
- **Lenguaje:** entendido como producto del pensamiento, en términos de comprensión, expresión y fluidez verbal.

ψ **Potencialidades del paciente esquizofrénico:** aquellas herramientas en el orden subjetivo y relacional que optimizan o favorecen el proceso de rehabilitación cognitiva. Entre ellas se encuentran:

- **Autonomía funcional:** implica que el sujeto pueda desplazarse por sí mismo en el espacio, conserve determinados hábitos que le permitan desenvolverse en la vida diaria al menos en sus aspectos básicos –por ejemplo: manipulación de objetos- y mantenga un nivel adecuado de salud física.

- **Procesos cognitivos relativamente conservados:** son aquellas funciones mentales que favorecen la apropiación de la realidad -por medio de la interacción con esta- y la adecuación del comportamiento a los requerimientos de la misma. Son la evolución de fases sucesivas que permiten, por un lado, conocer las condiciones en las cuales se realizan las acciones y por otro tomar consciencia del papel de las mismas y el significado que se les atribuye. Los procesos cognitivos conservados implican el funcionamiento adecuado de la percepción, la memoria, la atención, la representación, las funciones ejecutivas, el pensamiento y lenguaje.
- **Orientación salutogénica:** la intención o el sentimiento de mejora continua, aquellas posturas o manifestaciones que se encuentren orientadas a satisfacer las demandas de salud y adherirse a los tratamientos.
- **Intereses:** se expresan en la inclinación hacia un área determinada que puede ser usada a favor de comprometer al individuo con las tareas del entrenamiento cognitivo.
- **Búsqueda de apoyos:** se expresa en la posibilidad del paciente de gestionar redes de ayuda mediante el establecimiento de vínculos afectivos que a su vez posibiliten el tratamiento del déficit.

Praxis profesional de la enfermería dirigida a la rehabilitación cognitiva de pacientes esquizofrénicos: el modo en que los saberes, la motivación y los valores profesionales se estructuran en acciones que expresan el cuidado a pacientes esquizofrénicos en lo que respecta a la atención a necesidades de rehabilitación cognitiva, como parte del objeto de la profesión de enfermería.

Indicadores:

ψ **Saberes profesionales:** conjunto de conocimientos teóricos referidos a los aspectos más generales de la esquizofrenia, el deterioro cognitivo, las potencialidades del paciente, las particularidades de cada caso y los modos concretos de proveer atención al sujeto en lo que respecta a sus necesidades de rehabilitación cognitiva. Expresan el grado de conciencia e intencionalidad con que se realizan las acciones profesionales.

ψ **Motivación profesional:** sistema de necesidades y motivos que movilizan a las enfermeras a realizar acciones de cuidado; dándole dirección, intensidad y sentido a las intervenciones que atienden las demandas de rehabilitación cognitiva de los pacientes.

ψ **Valores profesionales:** Constituyen la concreción de los principios morales expresados en la significación socialmente positiva y de sentido que, para los sujetos pertenecientes a una comunidad de praxis profesional, adquieren los hechos, fenómenos, procesos y acontecimientos relacionados con su actividad social específica. Desde la perspectiva del cuidado pueden entenderse como valores profesionales: el respeto a la autonomía, la comprensión del sujeto en contexto y el profesionalismo -la competencia del profesional para atender, escuchar y ser receptivo a las necesidades del paciente-.

La relación entre praxis profesional de enfermería y necesidades de rehabilitación cognitiva de pacientes esquizofrénicos, se comprende como una relación de satisfacción de necesidades, por lo que establecemos como **criterios que dan cuenta de la contribución de la primera categoría a la segunda** los siguientes:

- **Ajuste entre saberes profesionales y necesidades de rehabilitación cognitiva del paciente:** aquellos conocimientos que tiene la enfermera sobre el paciente, y que le permiten identificar desde su saber profesional lo que puede resultar útil para la satisfacción de las necesidades de rehabilitación cognitiva de estos.
- **Ajuste entre motivación profesional y necesidades de rehabilitación cognitiva del paciente:** aquella interacción compleja de necesidades y motivos de los profesionales que determinan la movilización hacia la atención de las necesidades de rehabilitación cognitiva, dándole dirección, intensidad y sentido a la misma.
- **Ajuste entre valores y necesidades de rehabilitación cognitiva del paciente:** aquellas pautas morales que expresan de manera personalizada la significación positiva que adquiere el cuidado para el profesional de la enfermería, como atención a las necesidades de rehabilitación cognitiva de los pacientes.

2.3 Procedimientos de la investigación. Técnicas, aplicación y evaluación

El interés por el tema surgió durante el desarrollo de la Práctica Pre-Profesional VII⁸, en la que se pudo constatar pobreza de acciones en cuanto a rehabilitación cognitiva de los pacientes esquizofrénicos en el Hospital Provincial Psiquiátrico Docente “Comandante Gustavo Machín”. Ello fue confirmado por el psicólogo que atiende el servicio donde se insertó el investigador; quien en su praxis cotidiana había observado indicios de deterioro cognitivo en numerosos pacientes que portan esta afección. La limitación de acciones según lo explorado guarda no solo relación con la cultura institucional (que no privilegia tal modo de intervención), sino también con el insuficiente número de psicólogos respecto a la cantidad de pacientes que podrían demandar este tipo de atención.

A partir de este momento, se comenzó a indagar en la literatura sobre la producción científica tanto a nivel nacional como internacional relacionada con la temática, encontrando que en nuestro país son insuficientes los estudios tanto de deterioro cognitivo en pacientes esquizofrénicos, como de prácticas profesionales que contribuyen al manejo de ese deterioro. Durante la revisión se hallaron perspectivas teóricas que defienden la participación de equipos multidisciplinarios en la rehabilitación integral del paciente esquizofrénico, lo que sugirió la posibilidad de implicar a las enfermeras como cuidadoras primarias en este proceso. En esa dirección, se decidió realizar un estudio que vinculara la praxis profesional de enfermería con las necesidades de rehabilitación cognitiva de pacientes esquizofrénicos, teniendo como soporte teórico el Enfoque Histórico Social de Vygotsky y los aportes de la Psicología Cognitiva bajo su perspectiva del procesamiento de la información.

El acceso al campo se hizo mediante el portero e informante clave, roles asumidos por un psicólogo del centro que ejerce en el servicio ya mencionado, quien puso en contacto al investigador con los distintos actores que potencialmente podían estar involucrados en la situación problemática presentada y gestionó la autorización para la realización del estudio. Posteriormente se efectuó una revisión de documentos, dentro de los que se incluyeron los perfiles de los cuidados psiquiátricos en Cuba para los puestos de enfermería y asistente de enfermería, así como historias clínicas actuales y anteriores de los pacientes, identificando las primeras pautas que orientaron la configuración de la situación problemática.

⁸ Asignatura del currículo de estudios de la Licenciatura en Psicología que se enfoca en la realización de prácticas profesionales por los estudiantes, quienes se insertan en el contexto de la Psicología Clínica y de la Salud.

En este proceso, la selección de los profesionales de enfermería se realizó teniendo en cuenta que estuvieran en vínculo con los pacientes a estudiar, o sea, solo se tomaron aquellos que ejercieran en los servicios a los que pertenecían los pacientes que se incluirían en el estudio. Una vez decididos los criterios de selección se trabajó con tres enfermeras y tres pacientes, quienes mostraron disponibilidad a participar en la investigación. Para la selección de las enfermeras se consultó con la administración y el informante clave, de manera que las trabajadoras escogidas cumplieran con los criterios que se establecieron. En el caso de los pacientes se indagó en su historia clínica, y se entrevistó al personal médico y de servicio social; a partir de lo cual se escogió a los casos que mejor respondían a las intenciones investigativas.

En cuanto a los aspectos éticos a tener en cuenta en cualquier estudio científico con humanos, debe señalarse que el tema fue analizado y aprobado en el Comité de Ética de la Investigación del centro (ver Anexo 1). Luego de esto, se efectuó el proceso de consentimiento informado –verbal y escrito– para cada caso concreto, como expresión del respeto a la autonomía de los sujetos, hecho que se repitió en las sesiones de indagación, previendo que mantuviesen la disposición voluntaria a continuar participando en el estudio (ver Anexos 2 y 3). Para preservar el anonimato, se emplearon en el análisis de los resultados seudónimos, y se ocultaron datos específicos de los casos que no fueran esenciales para la comprensión de las conclusiones a las que se arribaron.

La aplicación de las técnicas se hizo en dos momentos fundamentales, primero a los pacientes y luego a las enfermeras. Se procedió de esta manera dado el interés del investigador en referirle a las últimas las necesidades encontradas, en función de que ellas pudieran devolver las acciones particulares que realizan de acuerdo al déficit y las potencialidades concretas de los pacientes investigados.

En el caso de los pacientes se les aplicó en primer lugar la **Batería Neuropsicológica de Holguín**, la cual asume como objetivo evaluar el nivel de funcionamiento de los procesos cognitivos de los pacientes. Esta se estructura en escalas que miden las distintas funciones cognitivas –orientación, percepción, atención y concentración, memoria, pensamiento, lenguaje y funciones ejecutivas– otorgándole puntuaciones al paciente en dependencia de la cantidad de respuestas correctas alcanzadas (ver Anexos 4 y 5). El modo de aplicación de la misma consiste en la realización de subconjuntos de test que responden a los 9 bloques que componen a la técnica, con una duración aproximada de 45 minutos, que se extendió hasta 1 hora y 20 minutos en uno de los casos teniendo

en cuenta que no solo se estaba evaluando la aplicación del test para la obtención del dato cuantitativo, sino además la ejecución de la técnica, profundizando en la cualidad del proceso.

En una segunda sesión con los pacientes, se les aplicó la **Entrevista Clínica Psiquiátrica**, para explorar las esferas del paciente relevantes para nuestro estudio –relacional, afectiva y cognitiva- haciendo énfasis en argumentar los datos aportados en la técnica anterior. El objetivo consistió en profundizar en aquellos elementos que distinguen al deterioro cognitivo del sujeto esquizofrénico e indagar en las potencialidades que posee el propio paciente para la rehabilitación cognitiva (lo que justifica el abordaje de las esferas afectiva y relacional). Esta se construyó a modo de entrevista semiestructurada, en la cual se privilegiaba la obtención de información a través del discurso del paciente. La duración de la aplicación fue de aproximadamente una hora cada una y se emplearon en su desarrollo algunas tareas experimentales para la exploración de la concentración, la memoria de trabajo y los procesos de recuerdo y recuperación (ver Anexos 6 y 7).

En el caso de las enfermeras, se les realizó una **Entrevista en Profundidad**, la cual se concibió para dos sesiones –que en algunos casos por la propia dinámica de la institución se extendió a tres- en las cuales se abordaron temas referentes a su praxis profesional de acuerdo a los indicadores descritos y su relación con los pacientes estudiados. El objetivo de esta técnica consistió en describir los conocimientos sobre las particularidades del paciente y las acciones específicas que se realizan para la satisfacción de sus necesidades de rehabilitación; identificar aquellos elementos que movilizaban a la enfermera a constituirse como cuidadora primaria, así como los valores que distinguían su praxis. Además, permitió caracterizar las acciones profesionales en cuanto a contenido y finalidad. La interpretación de esta se efectuó mediante el análisis del contenido del propio discurso de las sujetos, estableciendo nexos entre los distintos elementos que se iban obteniendo (ver Anexo 8).

En ambos casos –tanto enfermeras como pacientes- se aplicó la **Observación Incluida**, como una técnica que permitía enriquecer el análisis, concebida para explorar los elementos que distinguen la relación entre los sujetos involucrados en el estudio, además de analizar las cualidades de la praxis profesional de enfermería relacionadas con la rehabilitación cognitiva, así como profundizar en las potencialidades de los pacientes –en particular autonomía funcional y habilidades generales; gestión de redes de apoyo; autocuidado de su salud- (ver Anexos 9 y 10). Las observaciones fueron registradas a través de un diario de campo.

Los datos obtenidos en la aplicación de las técnicas, se procesaron mediante el análisis de contenido. Una vez recogidos, se procedió a la reducción de los mismos a través de procesos de categorización y codificación, asignando en cada caso la información que correspondía a las categorías y los indicadores construidos, con sus respectivos sub-indicadores. Luego se procedió a segmentar los discursos y registros de campo en unidades de análisis, lo que permitió la interpretación de los implícitos presentes. En el informe de investigación se presentan primero los resultados referidos a la categoría necesidades de rehabilitación cognitiva en los tres casos estudiados; luego los relacionados con la praxis profesional en las tres enfermeras participantes y en la integración se relacionan ambas categorías.

Para asegurar la validez de la investigación, se utilizó la triangulación metodológica, mediante el contraste de la información proveniente de distintas técnicas, lo que resultó particularmente visible en la relación entre lo discursado (en la entrevista) y lo hecho (observación). Se realizó, además, triangulación de investigadores, ya que se valoraron y construyeron las interpretaciones a partir del análisis que de los datos hicieran de manera independiente el investigador y los tutores.

2.4 Análisis de los resultados por caso de estudio

Paciente 1

José, de 52 años de edad, fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide a los 20 años. Cursó estudios hasta el primer semestre de la Licenciatura en Cultura Física, momento en el cual comienzan a aparecer los primeros síntomas de la enfermedad. En la historia clínica no se refieren antecedentes patológicos personales antes del debut, ni familiares. No ha estado casado ni tiene hijos. Es considerado como paciente de larga estadía debido a abandono familiar. En la actualidad se muestra estable, sin síntomas positivos y con relativa crítica de la enfermedad; refiere sentirse bien.

En lo referido al **déficit cognitivo**, José en primer lugar manifiesta alteraciones en el proceso de **atención**. Esto se puede observar en la ejecución de una tarea realizada por el paciente, la cual consistió en presentarle por veinte segundos una imagen de una letra, indicándole que luego tendría que marcar todas la que fueran iguales en una hoja que contiene varias letras, incluyendo la presentada, en orden aleatorio -Batería Neuropsicológica de Holguín⁹-. Al realizar la tarea el sujeto

⁹Batería Neuropsicológica de Holguín: BNH

presentó dificultades en la **concentración**, debido a que el mismo no logra centrar su foco atencional en la ejecución, no alcanzando así el éxito en el test –Observación incluida¹⁰-. La capacidad de **inhibición de estímulos irrelevantes** es otra de las alteraciones observadas, la cual se denotó cuando el sujeto se encontraba realizando una actividad específica y le prestó mayor atención a los estímulos externos dejando de hacer, incluso, la tarea propuesta; manifestando así la alteración además de la capacidad de **seleccionar los estímulos relevantes** del entorno -OIP-.

Por su parte, la **memoria de trabajo** también se encuentra deteriorada, lo cual se hizo evidente en la realización de tareas que exigían del paciente la **codificación** de la información –BNH y Entrevista Clínica Psiquiátrica¹¹-. En el primer caso se le presentó una serie de letras y números que el paciente debía recordar en el orden que se le orientó y en el segundo se le mostraron un conjunto de imágenes que igualmente debía recordar. En ambas situaciones el sujeto no logró mencionar la mayoría de los ítems de manera adecuada, mostrando dificultades en la fijación del estímulo. De igual modo, el proceso de **recuperación de información visual y verbal** se presenta afectado en el sujeto, resultado que se hizo visible en dos tareas que implicaban el recuerdo de imágenes y una serie de palabras –BNH y ECP- de las cuales el paciente alcanzó a mencionar unas pocas apareciendo una serie de **intrusiones**¹² y **perseveraciones**¹³. A pesar de habersele ofrecido niveles de ayuda al sujeto consistentes en enunciar una característica del ítem para favorecer el recuerdo del mismo, aun así, no produjo resultados satisfactorios.

Las **funciones ejecutivas** manifiestan igualmente alteraciones, lo que se constata en el modo en que el sujeto estructura la acción, evidenciado en la aplicación del test *Mapa del Zoo*, en donde al sujeto se le presenta una hoja con un mapa que tiene indicado lugares correspondientes a un zoológico, con caminos sombreados y no sombreados y se le da la orden de: *“debes empezar en la entrada (señalar) y terminar en el picnic (señalar). Puedes usar los caminos sombreados como éste (señalar las vías sombreadas de entrada, osos, monos y pájaros) cuantas veces quieras, pero las no sombreadas sólo una vez (señalar la vía de los elefantes, reptiles y picnic). Puedes usar sólo una vez el paseo para camellos. Esto significa que si usas una parte de él (señalar la sección que incluye*

¹⁰Observación incluida aplicada a los pacientes: OIP

¹¹Entrevista Clínica Psiquiátrica: ECP

¹²Intrusiones: el sujeto introduce en sus respuestas ítems que no le fueron brindados en la lista original.

¹³Perseveraciones: repetición de un ítem ya mencionado.

líneas a ambos lados) más tarde no podrás usar otra parte". En la ejecución de la técnica el sujeto procede inmediatamente a dibujar el trayecto sin una estrategia previa, lo que denota la afectación de la capacidad de **planificación**. Asimismo, las capacidades de **secuenciación** y **toma de decisiones** se manifestaron alteradas, esto se constata cuando el investigador le brinda niveles de ayuda al sujeto recordándole la orden o señalándole posibles soluciones, ante lo cual el sujeto no logra el éxito en la tarea -BNH y OIP-.

En lo que respecta a las **potencialidades**, uno de los procesos cognitivos que se evidenció como relativamente conservado es la **percepción**, esto se manifestó en una técnica consistente en reproducir un dibujo presentado de la manera más similar posible. La ejecución se realizó con éxito por parte del paciente, haciendo un adecuado empleo del espacio de la hoja así como de las proporciones entre figura presentada-figura realizada y la presentación de los distintos elementos que la componían -BNH-.

Del mismo modo, el proceso del **pensamiento** se muestra relativamente conservado. El sujeto realizó tareas de **razonamiento** y **enjuiciamiento** como las de cálculo y simulación de acciones sencillas de la vida cotidiana -BNH- alcanzado el éxito en estas. Asimismo, los procesos de **categorización** y **nominación** se evidencian relativamente conservados, evidenciado esto en la ejecución de tareas tales como la organización de ítems según características, en donde se le daban al sujeto una serie de imágenes que tenía que agrupar o justificar los grupos según cualidades que se distinguían -ECP-.

Por su parte, en el **lenguaje**, los procesos de **compresión** también se encontraron relativamente conservados junto a la **fluidez verbal**. En el primero de los casos se le pidió al sujeto que leyera en voz alta una historia de la cual debía responder algunas preguntas y elaborar la moraleja. La otra consistía en pedirle que realizara acciones que implicaban la comprensión de la orden como, por ejemplo: "*señale con su dedo índice de la mano izquierda su mano derecha*", tareas estas en las que obtuvo el éxito sin necesitar niveles de ayuda -BNH-.

Otra de las potencialidades se refiere a sus **intereses**. El sujeto manifiesta inclinación por la realización de tareas relacionadas a la actividad física -ECP y OIP-, lo cual hace destacar, a su vez, el nivel de **autonomía funcional** con que cuenta, siendo capaz de desplazarse por sí mismo en el medio de forma adecuada; manipula correctamente determinados objetos que requieren incluso de

habilidades de motricidad fina, como por ejemplo, el lápiz, lo cual se constata cuando en la aplicación de la técnica de escritura de tres oraciones, la caligrafía de la misma facilita la lectura por su calidad -OIP-.

Paciente 2

Tomás, de 53 años de edad, fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide a los 22 años. Cursó estudios hasta el duodécimo grado como Técnico Medio en Computación, repitió el tercer grado de la enseñanza primaria. En su historia clínica no se refieren antecedentes patológicos personales antes del debut y en cuanto a los familiares se hace referencia a un tío con un diagnóstico de trastorno mental, el cual no se especifica. No ha estado casado ni tiene hijos. Es considerado como paciente de larga estadía debido a abandono familiar. En la actualidad se muestra estable, sin síntomas positivos y con relativa crítica de la enfermedad, refiere sentirse bien.

Con respecto al **deterioro cognitivo** de este paciente, se evidencian alteraciones en la **atención**, lo que se constata primariamente en el déficit presente en la **concentración**; debido a esto al sujeto se le dificulta la capacidad de establecer adecuados focos atencionales durante la ejecución de las tareas propuestas, afectando el éxito en ellas –BNH y OIP-. En este mismo orden, los procesos de **selección de estímulos relevantes** e **inhibición de estímulos irrelevantes** provenientes del entorno vienen a acentuar la afectación ya mencionada, esto se observó durante la aplicación de una técnica consistente en el tachado de una letra que antes se proponía en una lámina, momentos estos en que los sonidos ambientales le resultaban de interés a Tomás, desvirtuándolo del objetivo trazado -OIP-.

La **percepción del espacio** es otra de las funciones que se muestran afectadas, esto se evidencia en un primer momento cuando se le solicitó que realizara una tarea consistente en reproducir una figura lo más similar posible a la mostrada, tendiendo a distorsionar algunos rasgos característicos de la forma, aunque respetando básicamente el concepto general -BNH-.

La **memoria de trabajo**, viene a ser uno de los procesos cognitivos con mayor nivel de deterioro en el paciente. Esto se observó durante la aplicación de las técnicas, en donde frecuentemente el sujeto pedía que se le repitiera la orden o, en casos de tener que recordar un número de ítems, este no alcanzaba el 50% del éxito, lo que se traduce en la alteración del proceso de **codificación**, específicamente en la dificultad para fijar el estímulo dado –BNH y ECP-. De este modo, se ve

afectado el proceso de **recuperación** de la memoria: dado que en un primer momento no es capaz de fijar la información, le resulta complejo evocarla luego, viéndose expresado en tareas donde se le mencionaban una serie de letras o números que tuviese que recordar –BNH y ECP–.

En lo que concierne al **pensamiento**, este se encuentra igualmente alterado, siendo el **razonamiento** y el **enjuiciamiento** los de mayor afectación y en segundo lugar la **categorización** y la **nominación**. En el primero de los casos, el sujeto denotó incapacidad para establecer juicios circunstanciales a partir de la inferencia, lo que se evidenció en la resolución de tareas complejas de cálculo o basadas en la lógica –BNH–, donde se le dieron distintas pautas y niveles de ayuda y aun así no alcanzó el éxito en su ejecución. Un ejemplo de estas tareas fue: “si una caja de cervezas trae 24 botellas, *¿cuántas botellas de cerveza hay en una caja y media?*”-BNH- o “*¿si tienes 5 velas encendidas y apagas 1, cuantas te quedan?*”-ECP-. En el último caso –**categorización** y **nominación**–, Tomás fue capaz –aunque no completamente– de caracterizar en grupos y denominar características tanto del grupo como del objeto particular con distintos niveles de ayuda, lo que afirma el deterioro leve de estas funciones –ECP–.

Otras de las alteraciones se encuentran en las **funciones ejecutivas**, y particularmente en los procesos de **planificación** y **secuenciación**, lo que se evidenció en la ejecución de tareas relacionadas a la generación de estrategia para responder a una demanda del medio. En este caso se propuso la compra de pan como la acción que debía ser planificada, preguntando cuáles serían los pasos a tener en cuenta y su orden cronológico. La modificación de elementos dentro de la estrategia planteada por el paciente, supuso conflictos para la ejecución de la misma tarea en circunstancias distintas; una de estas modificaciones fue que hubiese que *hacer cola*, la cual se complejizó tras pedirle al paciente que enunciara una solución posible si se acabase el pan –ECP–. De esta manera, la **toma de decisiones** se encuentra igualmente alterada, teniendo en cuenta lo antes mencionado y sustentado además en una tarea consistente en decidir la ropa adecuada según ocasión, empleando términos no muy complejos y propios de nuestro contexto; un ejemplo de esto es la pregunta que se le hace consistente en “tienes un par de tenis, un short, pantalón de mezclilla, una camisa y un pullover. *¿Cuál de estos elementos usarías si fueses a la playa o fueses a un restaurante elegante?*”-ECP-. En estas órdenes el paciente se negó a responder luego de varios intentos, alegando que *no sabía*.

Con respecto a las **potencialidades**, se evidencia una relativa conservación de los procesos de **comprensión y fluidez del lenguaje**, evidenciados estos en tareas consistentes en la interpretación de una historia corta o cuando se le pidió que enunciara en menos de un minuto todas las palabras que le fueran posible y cuya letra inicial fuese la *F*, poniéndole como pauta que las mismas no se podían repetir ni ser nombres propios, tareas estas en las que obtuvo resultados exitosos –BNH–.

Otra de las potencialidades existentes hace referencia a la **orientación salutogénica**. Esta se puso de manifiesto en el discurso y comportamiento del paciente, en donde el criterio de que la investigación estaba encaminada a su beneficio a largo plazo fue una de las razones por la cual accedió a participar en el mismo¹⁴. Se pudo observar además que este participa activamente en los procesos terapéuticos y responde adecuadamente ante acciones que estén dirigidas a satisfacer sus demandas de salud; lo que se traduce en la intención de lograr su mejoría –OIP–.

Paciente 3

Antonio, de 50 años de edad, fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide a los 20 años. Cursó estudios hasta el duodécimo grado. En su Historia Clínica no se refieren antecedentes patológicos personales hasta el debut, ni familiares. No ha estado casado ni tiene hijos. Es considerado como paciente de larga estadía debido a abandono familiar. En la actualidad se muestra estable, sin síntomas positivos y con relativa crítica de la enfermedad; refiere sentirse bien.

Con respecto al **deterioro cognitivo** de este paciente, se muestran alteraciones en la **memoria de trabajo**, producto de lo cual el paciente no puede acceder a la información necesaria para resolver con éxito las tareas propuestas –BNH y ECP–. Esto se expresó en tareas que requerían previamente **codificación** y por tanto **fijación** de la información, como por ejemplo el tachado de una letra –ya descrita– o al mostrarle una serie de imágenes que luego el paciente debía recordar –BNH y ECP–.

El **pensamiento** se distingue como otros de los procesos afectados en el paciente. Este mostró deterioro en las habilidades para el **razonamiento y enjuiciamiento**, las cuales, aunque pudiese valorarse una relativa conservación de estas, debido a los resultados satisfactorios alcanzados en las tareas matemáticas propuestas –BNH–; se comprenden en el deterioro teniendo en cuenta que,

¹⁴Información obtenida en los primeros acercamientos al paciente y que se reflejó en el diario de campo del estudio y según referencias del equipo de salud del servicio.

para estos resultados fueron necesarios niveles de ayuda en los que al paciente se le repetía la información y se le daban detalles para el análisis, elementos estos que sumados al tiempo de ejecución de la tarea -2.16 minutos- dan cuenta de un deterioro moderado de dichas funciones.

Otras de las funciones alteradas son la de **categorización y nominación**, entendidas como partes del proceso de **pensamiento**, comprobado en tareas de reconocimiento de objetos en donde el paciente debía agrupar por categorías y grupos, donde se hizo necesario brindarle niveles de ayuda básicos -BNH y ECP-.

Con respecto a las **potencialidades**, Antonio manifiesta relativamente conservada la **función atencional**, evidenciándose en tareas como el tachado de una letra, que, pese a que se le solicitó que tacharas las *P* y tachó las *A*, esto responde mejor al deterioro de la memoria de trabajo ya enunciado, que a dificultades atencionales. El tiempo de ejecución de la tarea -cuantitativamente superior-, el foco atencional logrado con la ejecución, sin que haya sido atraído por los estímulos del medio -OIP, BNH y ECP- se traducen en la conservación relativa de la **concentración**. Además de que, estos resultados permiten hablar en los mismos términos de conservación sobre los procesos de **inhibición y selección de información** -OIP, BNH y ECP-.

La **percepción** es otro de los procesos relativamente conservados en este paciente. Esto se demostró en las tareas que implicaban la reproducción de una figura o la manipulación de objetos en un espacio dado, como por ejemplo cuando se le indicó: “toma el lápiz que esta sobre la mesa y colócalo en la esquina opuesta”, las cuales reflejaron que el paciente podía distinguir de manera adecuada entre profundidad, espacio y tamaño, estableciendo asociaciones pertinentes -ECP y OIP-.

Los procesos de **comprensión y fluidez del lenguaje** son otros de los procesos relativamente conservados, lo cual se expresó en la capacidad del sujeto para realizar sinopsis e interpretación de historias que implicaban la abstracción de información. Ejemplo de esto fue la tarea consistente en que leyera en voz alta una historia sencilla, para luego responder algunas preguntas sobre la misma o la tarea de mencionar cuántas palabras le fueran posibles en un minuto, sin que se repitieran ni fueran nombres propios -BNH-.

En lo concerniente a las **funciones ejecutivas**, la resolución de tareas que implicaban cierta dificultad y los procesos de **planificación, secuenciación y toma de decisiones** se vieron

igualmente conservados de modo relativo. El paciente conseguía el objetivo con éxito luego de brindarle básicos niveles de ayuda. Ejemplo de esto es cuando se le propuso al paciente simular que se bañaba: en un primer momento el mismo decidió el procedimiento a seguir, y progresivamente se le fueron insertando a la situación otros elementos que suponían problemas para la resolución de la tarea, los cuales el sujeto fue resolviendo con la ayuda de los investigadores, abordando posteriormente las pautas que había seguido para la resolución.

En lo que respecta a este mismo proceso, la aplicación del *Mapa del Zoo* –ya descrita- también mostró resultados satisfactorios. En esta ejecución el paciente se detiene a analizar el mapa y posteriormente solicita un nivel de ayuda, el cual consistía en que le fuese enunciado nuevamente el recorrido que debía seguir y cuáles eran los caminos que solo podía tomar una vez. Luego de la aplicación se le solicitó que explicara brevemente como fue que realizó la técnica, enunciando la estrategia tomada: *“antes de hacer con el lápiz por donde cogía lo hice con los ojos para no equivocarme, porque me dijiste que solo podía coger por los blancos [haciendo referencia a los tramos no sombreados] una vez”*, lo cual viene a corroborar la conservación relativa de las funciones ejecutivas.

Enfermera 1

Juana, licenciada en enfermería, de 52 años de edad, se ha desempeñado como enfermera de los servicios de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín” por alrededor de 31 años.

Los **saberes profesionales** de esta enfermera con respecto a la **esquizofrenia**, a los que se hacen referencia en la *entrevista en profundidad*, giran sobre aspectos generales de la patología. De la esquizofrenia y su deterioro, la sujeto refiere que *“es una enfermedad mental, que empieza en edades tempranas, de 15 a 35 años [...] conlleva el deterioro del paciente, con síntomas fundamentales que tienen es la agresividad y el delirio”*. Luego agrega, *“como tienen tanto deterioro personal; mental y personal, cuando llegan a una X cantidad de años [...] somos nosotros los que nos hacemos cargo de él”*, lo que se puede traducir en la postura que asumen para el cuidado, y de un conocimiento sobre la incapacidad que puede generar la esquizofrenia como enfermedad crónica, ya que la misma enuncia que luego de un tiempo determinado, se hace necesario que un agente externo se encargue del paciente.

Cuando se le pregunta sobre las **particularidades** de los pacientes, Juana se remite a aspectos más cotidianos del mismo, –“como él [haciendo referencia a uno de los pacientes que participan en el estudio] *no tiene su psiquis como la de nosotros, se va deteriorando, va perdiendo elementos mentales, va perdiendo fuerza, llega el tiempo que esos pacientes permanecen así tranquilos, así hasta que llega el tiempo y se descompensan*”–, dando cuenta así de su conocimiento acerca de una de las particularidades de la enfermedad, la existencia de periodos inter-crisis durante su evolución. Sobre esto agrega, además: “sí, a ellos le falla la mente, imagínate que es una enfermedad crónica, ellos están enfermos y es una enfermedad mental”, concluyendo así que el soporte argumental para definir los **saberes con respecto a las particularidades cognitivas de los pacientes**, se encuentra en el sustento del conocimiento general –ya mencionado- sobre la enfermedad.

En cuanto a la **rehabilitación cognitiva** del paciente esquizofrénico y a los **modos concretos** de proveer atención se ubican los saberes en agentes externos, dejándole solo a la profesión de enfermería aquellos relacionados a la asistencia de las necesidades más básicas del paciente – baño, alimentación, confort, tratamiento medicamentoso, etc.-, esto se hace evidente en el discurso de la sujeto al referirse al terapeuta como el principal responsable de la rehabilitación diciendo que “eso quienes lo hacen son los terapeutas, nosotros rehabilitamos conjuntamente con el terapeuta [...] nosotros los llevamos a las actividades, lo llevamos al área, a los deportes, a la agricultura[...] quienes coordinan esas actividades son los terapeutas”, “nosotras tenemos que velar por el confort del paciente, fiscalizar que se coma la comida y se tome los medicamentos”.

Por otro lado, la misma refiere sentirse **motivada** por la profesión de enfermería, alegando en la entrevista en profundidad que, “desde niña me gustaba lo de curar y sanar al enfermo; tengo pacientes hoy día que son rechazados por la sociedad y hasta por sus familias, y ven en nosotros a una familia”, agregando a esto que, “a los pacientes crónicos los quiero, siento que forman parte de mi familia, por ellos es que principalmente nunca me iré de psiquiatría”. Estas denotan en la sujeto dos puntos importantes para el análisis, primero es cómo establece un nexo entre su deseo de curar y sanar en la niñez y lo que hace actualmente en el ámbito de la psiquiatría, esto pudiese estar hablando de como la labor de esta enfermera satisface en ella necesidades de realización personal. Los pacientes serían en este caso, aquel objeto para la satisfacción en donde el **motivo** que regularía la praxis profesional se constituiría en la acción de cuidar.

Lo ya mencionado denota en la praxis de esta enfermera determinados **valores profesionales** que pautan a la misma, estos se corresponderían con la **responsabilidad**, cuando hace referencia al sentido de preocupación hacia el bienestar del paciente –“trato de estar atenta en todo momento al paciente, si necesita algo, si le dieron sus zapatos, su ropa, si su aseo está completo, si se siente bien o le pasa algo”- y la **comprensión del sujeto** en momentos donde refiere “ellos son enfermos mentales, que no es lo mismo que un paciente del policlínico o del consultorio, ellos hay que ponerles más atención pues son diferentes”, argumentándolo desde las características que distinguen a la atención en el contexto clínico psiquiátrico.

Estos argumentos, presentan a los saberes profesionales como aquellos en la praxis de esta enfermera que le limitan la intencionalidad hacia la rehabilitación cognitiva y la conciencia de cuáles acciones de las que hacen a diario podrían ser consideradas como acciones de rehabilitación cognitiva. Esto último, en la *observación incluida*, se pudo evidenciar en momentos donde la enfermera se encontraba orientándolo en tiempo y espacio o le explicaba los procedimientos a seguir para tender una cama de manera adecuada, los mismo pudiesen ser comprendidos como acciones de rehabilitación cognitiva ya que ubicar al paciente tendría que ver con el proceso de orientación propiamente dicho e incluso con la memoria de trabajo, en caso del que el sujeto enfermo dependa de esa información para realizar una actividad; y en el segundo de los casos, la enfermera de manera no intencional se encuentra entrenándolo en cuanto a funciones ejecutivas dándole pautas para establecer la planificación y orden de acciones para responder a una tarea determinada, que en este caso en una acción el diario, tender su cama.

Enfermera 2

Leticia, licenciada en enfermería, de 49 años de edad, se ha desempeñado como enfermera alrededor de 25 años y en los servicios de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín” por más de 5 años, habiendo ejercido anteriormente en el servicio de neuróticos del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Juan Bruno Zayas”.

Los **saberes profesionales** de Leticia con respecto a la esquizofrenia están orientados hacia enunciar características generales de la enfermedad, aunque logra definir con detalles relevantes el cuadro clínico identificando síntomas en los pacientes. Cuando la sujeto discursa: “es una enfermedad de causa desconocida, que la gente dice que es hereditaria, pero a veces hay familias que no”, hace alusión a la etiología de la enfermedad.

Cuando se indaga en **los saberes** de la sujeto **con relación a las características de los pacientes** estudiados esta responde: *“ellos empiezan bien, a veces tú dices ¿un esquizofrénico?, pero ya después, se van deteriorando. Empiezan por el descuido de hábitos, no quieren comer [...]”* o *“ellos rompen con el medio”* en contraparte con el criterio de que *“el paciente esquizofrénico es muy inteligente”*. Estas enuncian un grupo de características propias de la enfermedad, sin necesidad de realizar especificaciones sobre los sujetos implicados, por lo que podemos interpretar que este conocimiento encuentra su sustento en los saberes generales que posee sobre la patología y no sobre el conocimiento profundo de cada sujeto enfermo.

Asimismo, la sujeto afirma que la propia relación paciente-enfermera es lo que da sentido y significación a su labor profesional, asumiéndola como su **motivación profesional**. Esto se evidencia en el discurso de esta y en su propia praxis; en el discurso se hallan frases como: *“trato de llegar al dolor del paciente; como te digo, son seres humanos”*; *“si trabajo aquí es por ellos”*. Esta última frase permite develar una realidad importante, y es que parece ser que el centro de la satisfacción de las necesidades viene a ser el paciente, considerando su cuidado como el objeto de satisfacción. A esto la sujeto le agrega que: *“la enfermera es el sentir de una sala”*, expresado quizás **necesidades de reconocimiento**, que como se pudo observar en el servicio pudiesen estar carentes debido a que el rol de enfermería no obtiene según su percepción la significación social que debiera, no siendo así el rol del médico, quien en esta institución no hace la misma permanencia que las primeras.

Algunas de estas cuestiones pueden ser entendidas como aquellos **valores profesionales** que pautan la praxis profesional de Leticia, en tanto se asume el cuidado como la acción de *“aliviar el dolor del paciente [...], hacerlo sentir atendido [...], hay que saber cómo llegarle y cómo mostrarle tu preocupación por su salud. No siempre es una inyección y listo, a veces pasarle la mano o preguntarle por algo personal es suficiente para que el paciente se sienta mejor”*. Esta posición se puede interpretar como la **responsabilidad** que asume la sujeto y que debe distinguir a la praxis profesional de enfermería, entendido como la capacidad de responder a las necesidades del enfermo desde la **comprensión** de su estado, constituyéndose en otro de los valores. Además, para la sujeto, la ética está marcada por el **respeto a la persona**, haciendo alusión a esto al comentar que *“si un paciente me pide que le guarde un secreto, yo lo hago, siempre y cuando no le traiga daños, pues si el no desea que nadie lo sepa no tiene que saberlo nadie”*; *“ellos son humanos y*

aunque tengan una enfermedad mental hay que tratarlos como humanos al igual que nosotros, yo sí no acepto que nadie me maltrate a un paciente, eso es injusto. Las enfermedades mentales son para cualquiera”, frase en la cual se deja ver un sentido valor expresado en la **tolerancia y aceptación de la diferencia [comprensión]**.

De igual modo, la sujeto hace referencia a las particularidades de la relación paciente-enfermera pudiéndose identificar aquellos valores que pautan su praxis, como la **sociabilidad**, dando cuenta de que estos deben estar en función de las necesidades del otro constituyéndose en las características esenciales de la profesión -*“la enfermera tiene que ser sociable, tratable, a veces yo he ido a otros hospitales donde no dan ni los buenos días a sus pacientes y en definitiva ellas están allí para atenderlos a ellos, no a sus propios problemas. Cuando uno está trabajando con pacientes debe dejar lo malo en la casa, ellos no tienen culpa de eso y lo que tienen que ver en ti es la mejor disposición de atenderlos”*-.

En cuanto a las **acciones profesionales** la sujeto expresa que *“la enfermería es más asistencial, terapia es más de los psiquiatras y psicólogos”*. Esto contrasta con actividades que realizan y que de algún modo abordan la rehabilitación de procesos mentales, por ejemplo: *“nosotras no le enseñamos a tender la cama, lo hacemos frente al paciente, ellos van mirando contigo, y tú le pides ayuda. Algunos te dicen: seño, yo sé tender la cama y tú le dices enséñame y algunos lo hacen después [...] parece que ellos aprenden de mirarnos y lo hacen como mismo nosotros lo hacemos”*. Lo dicho entrena al paciente en resolver una tarea de la vida cotidiana mediante el aprendizaje de pautas a seguir, le ejercita la memoria debido a que este debe recordar paso a paso la acción para luego poder replicarla. La falta de intencionalidad, sin embargo, limita la sistematización del entrenamiento. Al no existir referentes sobre la rehabilitación cognitiva, esta no puede identificar potencialidades para optimizar la realización de la acción interventiva en los pacientes.

Enfermera 3

Teresa, licenciada en enfermería, de 54 años de edad, se ha desempeñado como enfermera de los servicios de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente “Comandante Gustavo Machín” por alrededor de 39 años.

Los **saberes profesionales** de la sujeto con relación a la esquizofrenia se manifiestan de manera general, sin llegar a niveles importantes de profundidad. Durante la aplicación de la *entrevista en*

profundidad esto se puso de manifiesto en frases tales como: “la esquizofrenia es una enfermedad crónica [...] lo lleva todo; el paciente pierde todos sus hábitos, su juicio crítico”, identificando así posibles síntomas para el diagnóstico de la enfermedad; asimismo cuando enuncia que: “la conducta de ellos es propia de la patología, hay días que están pasivos, hay días que están alterados, eso depende de cómo esté el día para ellos”, se puede interpretar que hace referencia al curso de la esquizofrenia, conocimiento que se estructura sobre sus propias experiencias.

Sobre la atención a las *necesidades de rehabilitación cognitiva*, los **saberes** de esta profesional no le permiten distinguir las características de una acción propia de la modalidad interventiva, y, por ende, no puede tomar conciencia de que algunas de sus propias acciones pudiesen ser atribuidas a un proceso de rehabilitación cognitiva, limitando así la intencionalidad en su praxis profesional.

La **motivación profesional** de esta se expresa cuando refiere que “la razón de estar aquí son los pacientes. Casi 39 años en psiquiatría [...] quiere decir que mi razón, mi motivo de estar, son los pacientes; las veces que lo necesiten estoy a su disposición” a lo que agrega que “el corazón del hospital es la enfermera”, lo que se traduce en **necesidades de reconocimiento**, debido a que el rol de enfermería –constatado en la observación incluida- no se encuentra al mismo nivel de otros como el del médico, lo cual según esta refiere “el médico no es que no sea importante, pero si la enfermera es inteligente puede hacer muchas de las cosas que hace el médico, con el debido respeto que se merecen”.

Además, se pueden reconocer **valores profesionales** en ellas, como, por ejemplo: “las veces que lo necesiten estoy a su disposición”; esta se puede traducir en la **responsabilidad** con la que se asume el rol, el **compromiso** asumido ante la tarea de cuidar. Asimismo, se ven reflejadas en otras partes del discurso de la sujeto cuando refiere que “la vida de ellos depende de nosotros”; “hay que estar preocupados por lo más mínimo que le sucede al paciente, lo más mínimo”, lo que se traduce en la **comprensión** de las características del sujeto esquizofrénico. Otro de los valores que se manifestaron en este caso es el de la empatía, representado más significativamente en la frase: “si tu no sientes por ellos como los vas a atender bien”. En la observación incluida se pudo evidenciar estas conductas, la sujeto se mostraba en todo momento alerta de los pacientes a su alrededor, constantemente le preguntaba por su estado de satisfacción.

Estos elementos se integran en las **acciones profesionales** manifestadas en Teresa, como por ejemplo la atención a las necesidades del paciente, constatable en frase como: “recordándole los

días, por ejemplo, si no está orientado se le dice la fecha y el lugar donde está” o “en el baño, cuando el cepillado, en esos momentos se les explica y le enseño para que lo hagan bien”, momentos estos que pudiesen responder al tratamiento del déficit en la orientación y las funciones ejecutivas del paciente.

Por otro lado, se pudo observar cómo Teresa dedicaba tiempo a hablar con los pacientes, explicándole procedimientos para resolver una tarea determinada, algunas tan sencillas como solicitarle algo a ella misma o a otro paciente y otras cuestiones más complejas como ponerse la ropa correctamente, pudiendo responder estas al tratamiento del déficit en los distintos procesos. Asimismo, Juana enmarca su rol profesional en la labor asistencial, considerando que los pacientes “necesitan su rehabilitación con el equipo terapéutico, la enfermera, en este caso con el medicamento, su medicamento a tiempo y sus cuidados de enfermería”; expresando que “la enfermera tiene que participar de todo, de todo con el paciente, el baño, la hora del comedor, la vigilancia del sueño, los cuidados de enfermería son importante en todo momento”. Con ello alude al cuidado de enfermería como todas las acciones encaminadas a asegurar el bienestar y la rehabilitación del paciente, pero privilegia la dimensión biológica como la pauta fundamental que le corresponde en la atención del paciente esquizofrénico.

2.5 Integración de los resultados

En cuanto a las **necesidades de rehabilitación cognitiva** resulta importante significar la diferencia de afectaciones que muestran los distintos pacientes aún con las similitudes de edad, comienzo de la enfermedad, nivel de escolaridad, medicamentos que consumen, y condiciones de institucionalización. El único proceso cognitivo que se encuentra igualmente deficitario en todos es la **memoria de trabajo**, caracterizada en estos sujetos por dificultades en las estrategias de fijación - organización lógica de la información para aprenderla- y recuperación, que se concretan en diversos errores para evocar recuerdos y reconocer estímulos mostrados previamente. Ello sucede tanto para **información verbal** como para **imágenes**. No obstante, las alteraciones que en dos de los casos se muestran en la **atención**, y particularmente en la **concentración**, **selección de estímulos relevantes** e **inhibición de los irrelevantes**, pudieran contribuir a esta imposibilidad de una fijación adecuada de la huella mnémica.

También se reflejan afectaciones leves en el proceso del **pensamiento** –en dos de los casos-, fundamentalmente en lo que respecta al **razonamiento** y **enjuiciamiento**, mientras que la

nominación y **categorización** se muestran más conservadas. Por su parte las **funciones ejecutivas** se encuentran dañadas en dos de los casos, tanto en la **planificación**, como en la **secuenciación** y **toma de decisiones**. Llama la atención que estos dos casos manifiestan también problemas en los **mecanismos atencionales** y de **memoria**, que constituyen procesos básicos respecto a las funciones ejecutivas. El único sujeto que resuelve bien las tareas correspondientes a esta función, también tiene conservados los **procesos atencionales**.

Respecto a las **potencialidades** con que cuentan estos pacientes para responder al déficit, estas se ubican esencialmente en aquellos **procesos mentales que están conservados relativamente**. Entre estos destaca el **lenguaje**, en el que los sujetos obtienen buenos resultados tanto en tareas de **fluidez verbal** como de **comprensión** y **escritura**. Ello se convierte en un recurso importantísimo para futuros entrenamientos cognitivos.

En menor medida, la **percepción** básicamente adecuada de la realidad –cuando están compensados-, determinados **intereses**, cierta **autonomía funcional** y la **orientación salutogénica** se convierten en algún caso en particular, en recursos que pueden ser empleados para abordar el déficit. No es, sin embargo, la **gestión de redes de apoyo** una potencialidad que se haya podido encontrar en ninguno de los pacientes estudiados.

En cuanto a la **praxis profesional de las enfermeras**, es importante resaltar que aun conociendo aspectos básicos de la esquizofrenia como entidad psiquiátrica (etiología, sintomatología, curso, pronóstico, indicadores diagnósticos), sus **saberes** en torno a los déficits de los pacientes en el área cognitiva y las maneras posibles de atenderlos no se acercan si quiera a un manejo experiencial, no ya teórico o académico. Ello podría estar mediado por la cultura que se tiene respecto al espacio de competencia de la enfermería, y por el hecho de la distancia de años entre la formación académica y la introducción del saber científico sobre deterioro cognitivo al campo de la Psiquiatría es muy amplia.

Las motivaciones que marcan su comportamiento en la institución hospitalaria se dirigen esencialmente a la **realización profesional** por medio del cuidado a los enfermos, aunque también algunas manifiestan **necesidades de reconocimiento** en este ámbito. Este interés intrínseco por los enfermos se refleja en la **intensidad** de su ocupación respecto a las necesidades vitales de los mismos y su permanencia en el servicio incluso con las limitaciones materiales y la desvalorización de su profesión que ellas experimentan en comparación con la del médico.

En sentido general, los **valores profesionales** que más se encuentran en el discurso y la praxis de las enfermeras son la responsabilidad, la comprensión y el respeto a las diferencias. Llama la atención que, aunque en la literatura se privilegia como uno de los valores asociados al cuidado la **promoción de la autonomía**, en los casos estudiados esto no fue enunciado en sus discursos ni evidenciado en las observaciones. Según nuestra opinión, tal estado de cosas responde a que los valores que predominan en esta comunidad de prácticas se asocian más a la **beneficencia** como principio moral que al **autonomismo**. Tienden a ser, por tanto, más paternalistas que promotoras de la independencia del paciente, hasta donde ello sea posible.

Respecto a las acciones concretas que ellas realizan, y que guardan relación con la rehabilitación cognitiva, deben señalarse sobre todo aquellas vinculadas con la **orientación espacial y temporal**, funciones que sin embargo se encuentran conservadas en los pacientes. Además, aunque con menos sistematicidad dada la falta de intención presente, desarrollan acciones que podrían contribuir a la mejora de las **funciones ejecutivas** y la **memoria procedimental**. Al ser interrogadas al respecto, explícitamente declaran que la rehabilitación cognitiva se encuentra fuera de sus funciones; las cuales están más relacionadas con la asistencia a las necesidades «básicas» y la ejecución del tratamiento médico -entendiendo por ello al tratamiento farmacológico-.

Cuando valoramos la **contribución de la praxis de las enfermeras a satisfacer las necesidades de rehabilitación cognitiva** de los pacientes, vemos que teniendo en cuenta la motivación profesional, reflejada en la implicación afectiva con los pacientes, ampliamente podrían ser satisfechas estas necesidades. Ellas son las que más tiempo dedican a la atención directa a los mismos y muestran una auténtica preocupación por sus necesidades materiales, afectivas y de seguridad. En condiciones desde su perspectiva desventajosas, se mantienen en el servicio por el interés en el bienestar de los enfermos.

Sin embargo, la **pobreza de conocimientos** respecto al déficit cognitivo de estos pacientes y sus potencialidades para contrarrestar el deterioro, unido a la **falta de soporte metodológico** en cuanto a herramientas para manejar la problemática, le impiden obtener buenos resultados, lo que redundará en afectaciones importantes en la **memoria de trabajo**, la **atención**, las **funciones ejecutivas** y el **pensamiento**. Aunque conservadas la **comprensión** y **fluidez verbal**, ellas no pueden ser usadas como recurso por lo antes explicado. A ello hay que adicionar que en la **comprensión** de la enfermedad y quienes la padecen las enfermeras asumen, consecuentemente con su formación,

una postura más bien **biologicista**, que reduce el ámbito de intervención al tratamiento farmacológico; mientras que por otro lado consideran que este otro tipo de tratamiento no se ubica dentro de su competencia profesional.

En la medida que la **responsabilidad** y la **comprensión** se estructuran como valores centrales de su práctica, ellas se ocupan de que los pacientes sepan manejarse en cuestiones básicas de la vida cotidiana y no pierdan sus hábitos; pero la falta de conciencia sobre los aspectos cognitivos vinculados a estas tareas impide que se sistematice la acción que contribuye a rehabilitar el déficit. Si ello se une a una moral más beneficiante que autonomista, que privilegia la protección del paciente en lugar de otorgarle responsabilidad, entonces puede comprenderse en alguna medida la situación de deterioro actual.



Conclusiones

CONCLUSIONES

- Las necesidades de rehabilitación cognitiva de los pacientes esquizofrénicos estudiados sitúan como principal función deteriorada a la memoria de trabajo - tanto en lo que se refiere a los procesos de fijación como en las estrategias de recuperación implicadas en el reconocimiento y el recuerdo-. La potencialidad que se erige como herramienta más favorable para la rehabilitación cognitiva es la conservación relativa del lenguaje –en lo que respecta a la comprensión, la fluidez verbal y la escritura-.
- La falta de conocimientos en cuanto al déficit cognitivo del paciente y sus potencialidades para enfrentarlo; el escaso saber sobre el soporte metodológico básico de la rehabilitación cognitiva; la afirmación de que estas intervenciones quedan fuera de su campo profesional y la postura biologicista al asumir el tratamiento, se estructuran en acciones que, por su insuficiente intencionalidad y sistematicidad, apenas logran responder a las funciones de orientación (en tiempo y espacio).
- Los valores profesionales relacionados con la responsabilidad en el cuidado y la comprensión y aceptación de las particularidades del paciente, reflejan una postura paternalista que protege a los pacientes, pero no promueve en ellos una actitud activa que contribuya a maximizar las potencialidades y en consecuencia reducir el déficit en la medida de lo posible.
- La motivación profesional se encuentra en sentido general orientada intrínsecamente a proveer de cuidados al paciente esquizofrénico, lo que contribuye efectivamente a su calidad de vida, aunque no a satisfacer directamente las necesidades de rehabilitación cognitiva.
- La praxis profesional de enfermería contribuye a la satisfacción de las necesidades de rehabilitación cognitiva de los sujetos estudiados fundamentalmente en lo que respecta a la motivación, pero los saberes y valores que sustentan las acciones realizadas no son favorecedores de la mejora de las funciones cognitivas en el paciente.



Recomendaciones

RECOMENDACIONES

A los psicólogos del Hospital Provincial Psiquiátrico Docente "Comandante Gustavo Machín":

- Aplicar a los demás pacientes las técnicas empleadas en la investigación para el estudio del déficit cognitivo y las potencialidades, con el fin de diagnosticar las necesidades de rehabilitación cognitiva y poder trazar así estrategias de atención particularizada que contribuyan a la rehabilitación integral de los mismos.
- Favorecer a través de talleres de sensibilización y otras vías, el desarrollo progresivo de una cultura de rehabilitación integral en la institución psiquiátrica, dentro de la que se incluya la rehabilitación cognitiva como intervención que contribuye a la calidad de vida del paciente y su reinserción social óptima.

Al Proyecto de Investigación "Caracterización e intervención en cuidadores formales e informales de pacientes víctimas de enfermedades crónicas":

- Investigar la praxis profesional de los psicólogos en relación a la satisfacción de las necesidades de rehabilitación cognitiva de los pacientes esquizofrénicos.
- Emplear los resultados obtenidos en el diseño de programas de capacitación dirigidos a las enfermeras de los servicios de Psiquiatría, con el fin de formarlas para el entrenamiento cognitivo básico de pacientes esquizofrénicos, como complemento de intervenciones más complejas por parte de los psicólogos.



Referencias Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahuir, M., Bernardo, M., de la Serna, E., Ochoa, S., Carlson, J., Escartín, G., Gutiérrez-Zotes, A. et al. (2009). Adaptación y validación española de la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2 (4), 150-159.
- Algora Gayán, M. J. (2014). *El cuidador del enfermo esquizofrénico: Sobrecarga y estado de salud*. Ponencia presentada en el XXVIII Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, Tarragona.
- Álvarez, J. M. y. Colina, F. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *Frenia*, XI, 7-26.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona. España: Editorial Masson SA.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (5ª ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Benedet, M. J. (2002). *Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la Investigación. Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva*. Madrid. España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Bravo Ortiz, M. F. (2009). Rehabilitación psiquiátrica y orientación a la familia En Palomo, T. y. Jiménez-Arriero, M. A. (Eds.), *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad S. A. y Editores.
- Cao Campo, N. (2005). *Psicopatología General. Semiología*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Corral Ruso, R. (2014). *Historia de la Psicología. Apuntes para su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela.

- Cristina de los Reyes, M. (2001). *Construyendo el concepto cuidador de ancianos*. Artículo presentado en la VI Reunión de Antropología do Mercosul. Envejecimiento de la población en el Mercosur, Curitiba. Brasil.
- de la Higuera, J. y Sagastagoitia, E. (2006). Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: estado actual y perspectivas futuras. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 245-266.
- de Vega, M. (2005). *Introducción a la Psicología Cognitiva. Tomo 1*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Espert, R., Francisco Navarro, J. y Gadea, M. (1998). Neuropsicología de la esquizofrenia. *Psicología Conductual*, 6 (1), 29-48.
- Forteza, G. L. (2008). Cognición social y delirio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatras*, 28 (101), 197-209.
- Gabaldón Poc, O., Ruiz Iriondo, M., Bilbao Ramírez M. A., Burguera, J. M., Alústiza García, A., Erkizia Amilibia, B. y Sakara Magallón, M. 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 Neuropsiquiatras*, 30 (105), 93-107.
- Galaverna, F. S., Bueno, A. M. y Morra, C. A. (2011). Perfil Neurocognitivo en la esquizofrenia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11 (2), 103-113.
- Grau, J., Hernández, E. y Vera, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. Estrés y salud: los modelos salutogénicos. *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 158-177). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Ginarte-Arias, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 34 (9), 870-876.
- Gisbert Aguilar, C. (2003). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Gómez Mejía, L. (s/f). *Salutogénesis. ¿Qué es lo que mantiene al ser humano sano? Reto para la Promoción de la Salud*. España.

González Castillo, A., Martínez Sandrino, J., Alemán Martínez, J. M., Fernández Hernández, D., Sánchez Cintas, S., Martínez Gutiérrez, E., Vadell Taoba, M. y Castro Medina, G. (2011). *Manual de procedimientos de enfermería en psiquiatría. Protocolos de actuación de enfermería*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

González Martínez, I., Cáceres León, M. C., Llerena Ruiz, A., Berez, R. y Kiivet, R. A. (2004). Estudio de utilización de antipsicóticos en la esquizofrenia en hospitales de España, Estonia, Hungría y Cuba. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 1 (2-3).

González Menéndez, R. (2006). *Clínica Psiquiátrica Básica Actual*. La Habana: Editorial Félix Varela.

González Pal, S., Felipe García, M. A., Llanes Basulto, Y., Oliva Hernández, I. y Moreno Salgado, R. M. (2015). Factores de riesgo del deterioro cognitivo en esquizofrénicos y en pacientes epilépticos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 12 (2).

González Serra, D. J. (2008). *Psicología de la motivación*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

González Urrutia, M. A. (2014). *Viviendo con esquizofrenia*. España: Federación Mundial de Salud Mental.

Hernández Puig, T. (2014). *Sistema computarizado CogniGames: alternativas para la rehabilitación cognitiva restaurativa de funciones ejecutivas en afásicos*. (Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado de Psicología), Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.

Ladrón de Guevara, J. E. (2011). *La esquizofrenia y el cuerpo. Un estudio desde el Psicoanálisis de Orientación Lacaniana*. (Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado en Psicología), Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.

Lamedá Torres, K. y Rodríguez López, G. (2013). Funciones ejecutivas en un grupo de pacientes con esquizofrenia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 10 (2).

- Larbán Vera, J. (2010). Ser cuidador; el ejercicio de cuidar. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 50, 55-99.
- León González, M. (1999). *Salud Mental y Comunidad*. La Habana: Centro Comunitario de Salud Mental de Lawton.
- López-Luengo, B. (2001). Orientaciones en rehabilitación cognitiva. *Revista de Neurología*, 33 (4), 383-387.
- María Álvarez, J. y. Colina, F. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *Frenia*, 11, 7-26.
- Martínez Muñoz, M. (2014). *Rehabilitación cognitiva restaurativa de funciones ejecutivas en afásicos. Aplicación del sistema de tareas computarizadas CogniGames*. (Trabajo de Diploma en opción al título de Licenciado en Psicología), Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Montero Gutiérrez, M. I., Faure Vidal, A., Fleites Mesa, N. V., Rodríguez Cerero, I., Crespo Guzmán, A., González Barroso, M. y Llero Pereira, N. (2010). Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 7 (3).
- Morenza, L. (2001). Los procesos cognitivos o procesos del conocimiento. ¿Qué son y cuáles son sus funciones? En Bello Dávila, Z. y Casales Fernández, J. C. (Eds.), *Psicología General*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Muñoz-Céspedes, J. M. y. Tirapu-Ustárriz, J. (2004). Rehabilitación de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 38 (7), 656-663.
- Nieva Plaza, M. E. (2010). *Sistematización de la práctica supervisada realizada en Casa Club Bien Estar. Esquizofrenia y déficit cognitivo*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (1), 71-83.

- Pérez Quintana, B. (2014). *Proyectos de vida en una sujeto cuidadora primaria e informal adulta mayor*. (Trabajo de Diploma en opción al Título de Licenciada en Psicología), Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Reyes Bravo, R. M. (2005). *Algunas consideraciones sobre el comportamiento humano: sus aristas biológicas, dinámicas y cognitivas*. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Roca Perara, M. A. (2004). *Introducción a la Psicología Clínica*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N. y Fuentes, I. (2007). *Terapia psicológica integrada para la esquizofrenia*. Granada: Alboran Editores.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (2008). *Metodología de la investigación cualitativa*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Romero Guillena, S. L. y Sánchez-Cabezudo Muñoz, A. (2013). *Vive sin recaídas*. Madrid: JANSSEN.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2007). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Suárez Rodríguez, C. y del Toro Sánchez, M. (s/f). *La formación de valores profesionales en los estudiantes universitarios*. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
- Torres Carbajo, A. (1997). Manual Práctico de Rehabilitación en la Esquizofrenia. Un paquete de programas. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría y Neurociencias, Monográfico*.
- Trápaga Ortega, M., Peñalver González, J. C., Pancaldo, R., Bosh, M., Barbagelata, J., Cedeño Zayas, I. y Llinás Carillo, S. (2000). *Diagnóstico y Rehabilitación Neurocognitiva de los trastornos mentales*. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana, La Habana.
- Ulloa Reyes, L. (2012). Orgullo de ser enfermeros, de ser profesionales. *Revista Cubana de Enfermería*, 28 (1), 1.

Valverde Eizaguirre, M. A. (2012). Una crítica a la teoría del déficit cognitivo de la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatras*, 32 (115), 521-545.

Vargas, M. (2004). Posibilidades de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. *Revista de Neurología*, 38 (5), 473-478.

Vygotsky, L. S. (1993). *Obras Escogidas*. Tomo II. Extraído el 25 de marzo del 2016 de <http://www.taringa.net/perfil/vygotsky>



Anexos

ANEXOS

Anexo 1

AVAL DE LA INSTITUCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

UNIDAD PRESUPUESTADA PROVINCIAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO GUSTAVO MACHIN
SANTIAGO DE CUBA

Yo Dra. Yerenna Cepero Laguna, Jefa del departamento Docente e Investigativo del hospital Gustavo Machín, autorizo a que se realice la investigación con el título "Beneficios de las prácticas profesionales de enfermería, dirigidas a la rehabilitación psicológica de pacientes esquizofrénicos paranoides", ya que cumple con los principios éticos y bioéticos de las investigaciones.



Dra. Yerenna Cepero Laguna
Jefa del Dpto. Docente e Investigación



Dr. Elvis A. Martínez
Director General

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO EMPLEADO EN EL ESTUDIO (ESCRITO)

Consentimiento Informado

Yo _____ doy mi **consentimiento** de participar como **sujeto de la investigación**: "Beneficios de las prácticas profesionales de enfermería dirigidas a la rehabilitación psicológica de pacientes esquizofrénicos paranoides", en calidad de _____. Dicha investigación se está defendiendo en opción al título académico de Licenciatura en Psicología por un estudiante de esta carrera perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Oriente.

En esta, se aplicarán técnicas propias de la investigación psicológica comprendidas como:

En el caso del paciente:

1. **Batería Neuropsicológica de Holguín:** la cual consiste en un grupo de test que permiten evaluar el nivel de funcionamiento de los procesos cognitivos
2. **Entrevista Clínica Psiquiátrica:** Aplicada con el fin de corroborar la información obtenida en la aplicación de la Batería Neuropsicológica de Holguín, profundizando en los procesos cognitivos más afectados.

En el caso de las enfermeras:

1. **Entrevista en profundidad:** realizada con el objetivo de conocer cuáles son las prácticas profesionales en el quehacer diario del enfermero en calidad de cuidador formal en el contexto de la clínica psiquiátrica, contenido de estas y percepción que se tiene de las mismas en su relación con la función de rehabilitación cognitiva.
2. **Observación participante:** realizada con el objetivo de profundizar en las prácticas profesionales de enfermería en el contexto de la clínica psiquiátrica e indagar en el contenido de estas, modos de actuación y relación para con el paciente.

Además, se mantendrá la **confidencialidad de mi identidad y de los datos aportados** por la investigación, **evitando revelar todos aquellos que no se correspondan a los objetivos** del trabajo.

Para que conste, he leído este documento y aceptado lo que en el mismo se refiere y se me han sido aclaradas todas las interrogantes al respecto.

Fecha: _____

Firma: _____

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENPLEADO EN EL ESTUDIO (VERBAL)

Pacientes

“Buen día, mi nombre es Pedro Ernesto Millet Rodríguez, soy estudiante de Psicología de la Universidad de Oriente y tengo la intención de realizar mi tesis de grado en la institución. Esta intenta ver qué relación existe entre lo que hacen las enfermeras para cuidarlos y las características de su enfermedad. Para esto, necesitaría que usted respondiera a algunas preguntas que deseo realizarle y resuelva una técnica que le aplicaré, si usted decide participar. Debe saber que durante mi estancia en el hospital lo estaré observando con fines investigativos.

Le aseguro que su nombre en ningún momento será revelado y que solo usaré la información obtenida que guarde relación a la investigación, si desea hacerme alguna pregunta con respecto a lo que le digo o al trabajo que estoy realizando con mucho gusto le responderé. De antemano, muchas gracias.”

Enfermeras

“Buen día, mi nombre es Pedro Ernesto Millet Rodríguez, soy estudiante de Psicología de la Universidad de Oriente y tengo la intención de realizar mi tesis de grado en la institución. Esta intenta indagar en la relación entre sus prácticas de enfermería y las necesidades de atención de los pacientes en la institución. Para esto, necesitaría que usted me respondiera algunas preguntas que deseo realizarle y debe saber que durante mi estancia en el hospital le estaré observando con fines investigativos.

Le aseguro que su nombre en ningún momento será revelado y que solo usaré la información obtenida que guarde relación a los objetivos de la investigación, si desea hacerme alguna pregunta con respecto a lo mencionado o a la investigación en sí, con mucho gusto le responderé. De antemano, muchas gracias.”

Anexo 4

PROTOCOLO DE APLICACIÓN (BATERIA NEUROPSICOLÓGICA DE HOLGUÍN)

BATERIA NEUROPSICOLÓGICA DE HOLGUÍN PROTOCOLO DE APLICACIÓN

FECHA: 15 Mayo / 2016

DATOS GENERALES

- Nombre y apellidos: _____
- Edad: 53 Sexo: M
- Ocupación: - Lateralidad: -
- Escolaridad: Tec. Medio
Tipo de enseñanza Computación
Grados repetidos: _____
- Diagnóstico Clínico: Esquizofrenia Paranoide.
- Diagnóstico imagenológico: -
- Tratamiento actual: _____
- Otras enfermedades: Discapacidad (inmovilismo de los miembros inferiores sin asociación a daño neurológico)

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente se encuentra estabilizado, sin mostrar síntomas positivos o negativos propios de la enfermedad. Según refiere el equipo de salud, mantiene buenas relaciones con el propio equipo y paciente. Relativa crítica de la enfermedad. Se puede observar signos de deterioro cognitivo en los procesos de atención.

QUEJAS DEL PACIENTE

Mal estar con respecto al confort de la silla de ruedas que usa.

Anexo 5

BATERÍA NEUROPSICOLÓGICA DE HOLGUÍN

PROTOCOLO DE APLICACIÓN

I – ORIENTACIÓN

a. Tiempo ¿Qué fecha es hoy?

¿Qué hora cree que es ahora?

¿Qué día de la semana es hoy?

b. Espacio ¿En qué ciudad estamos?

¿Qué lugar es este?

¿En qué piso estamos ahora?

c. Persona ¿Qué edad usted tiene?

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

¿Cuántos hijos usted tiene?

Total_____/9

II- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

a. Dígitos en regresión

Ahora yo le diré una serie de números y usted debe repetirlos en orden inverso, es decir, del último, al primero. Si yo le digo: 5-8, usted me dirá 8-5. ¿Ha comprendido?

3-8 ____ 6-4-5____ 1-8-6-9____ 2-9-6-3-4____

7-4 ____ 9-3-2____ 3-5-7-4____ 7-1-8-6-2____

Total_____/5

b. Dígitos y Letras

Yo le diré una serie de números y letras, usted debe repetirlas, pero de forma ordenada, primero dirá los números, en orden creciente, y después las letras en orden alfabético.

Por ejemplo, si le digo 3-d-6-g, usted debe decirme: 3-6-d-g ¿Ha comprendido?

- | | | |
|-----------------|-------------|-------------|
| (2) D-5 | B-5 | L-2 |
| (3) F-7-L | R-4-D | H-1-8 |
| (4) T-9-A-3 | V-1-J-5 | 7-N-4-L |
| (5) 8-D-6-G-1 | K-2-6-7-S | 5-P-3-Y-9 |
| (6) M-4-E-7-Q-2 | W-8-H-5-F-3 | 6-G-9-A-2-5 |

Total____/6

c. Tachado de letra

A continuación, observe cuidadosamente la figura que le muestro (no más de 20 segundos), tache en esta hoja todas las que encuentre iguales a la que le mostré (la tarea se realiza en 1 minuto).

Total ____/36

III- MEMORIA. PROCESO DE FIJACIÓN

a. Memoria verbal

Ahora le leeré una serie de palabras, una vez que yo termine, usted debe repetir todas las palabras que recuerde, lo haré más de una vez para que pueda aprenderlas mejor.

- | 1 | 2 | 3 |
|-------------|-------------|-------------|
| Jarra _____ | Mango_____ | Fresa _____ |
| Tren _____ | Vaso _____ | Barco _____ |
| Fresa _____ | Uva _____ | Motor _____ |
| Barco _____ | Plato _____ | Mango _____ |
| Mango _____ | Pera _____ | Uva _____ |

Plato _____ Jarra _____ Tren _____
Vaso _____ Motor _____ Vaso _____
Uva _____ Barco _____ Plato _____
Motor _____ Fresa _____ Pera _____
Pera _____ Tren _____ Jarra _____

Perseveraciones _____ Intrusiones _____ Primacia _____ Presencia _____ Total _____/10

b. Memoria visoespacial (Explora además praxis visoconstructiva)

Usted ahora debe copiar, lo mejor que pueda, la siguiente figura, debe quedarle lo más parecida posible a la muestra.

Tiempo _____

Total _____/12

c. Memoria visual

Le voy a mostrar unas figuras, las cuales debe decirme qué son, cuando terminemos, debe recordar todas las que pueda.

(Láminas de la 3 a la 10. Mostrar una a una por tiempo no mayor de 5 segundos)

Este subtest también evalúa la nominación

avión _____ pelota _____ árbol _____

piña _____ gato _____ mariposa _____

máquina _____ reloj _____

Total (memoria) _____/8

Total (nominación) _____/8

IV- LECTO-ESCRITURA

a. Escritura

Escriba una oración que usted desee, debe tener sujeto y verbo

Copie: EL TREN CORRE POR LAS LÍNEAS (Lámina 4)

Tome al dictado: LA TIERRA TEMBLÓ POR LA NOCHE

Total ____/3

b. Lectura y comprensión

Lea en voz alta la siguiente historia, luego yo le haré preguntas sobre ella. (Lámina 5)

Responda sobre la lectura:

¿Por qué la hormiga no arregló su casa? _____

¿Qué hicieron las otras hormigas? _____

¿Qué aprendió la hormiga? _____

Total ____/3

V- LENGUAJE

a. Comprensión

1. Señale:

- Un objeto sobre la mesa que sea de color ____
- Con su dedo índice de la mano izquierda, su oreja derecha
- Observe la siguiente lámina: Si ahora es de noche, señale el cuadrado blanco, si es de día, el negro. (Lámina 6)

2. Cumpla las siguientes órdenes:

- Tome de la mesa el lápiz amarillo y póngalo en el extremo derecho.
- Toque su cabeza con las dos manos.
- Tome este papel, dóblele la esquina, cierre los ojos y póngalo detrás de usted.

3. Responda:

- Carlos es boxeador. ¿Qué es Carlos?

- María va todos los días a la escuela. ¿Dónde va María?
- José desayunó después de cortar la leña. ¿Qué hizo primero?
- A la maestra no le gusta que no hagan la tarea. ¿Qué deben hacer los niños

Total ____/10

b. Expresión

1. Repita después de mí:

- Tren
- Transculturación
- Tasa-casa, palillo-rastrillo, lata-mata, cubo-nudo, pila-pala, carro-tarro
- Llegué a la casa y toqué el timbre.

Total ____/4

2. Fluidez verbal

- En un minuto, usted debe decirme la mayor cantidad de cosas que pudiera adquirir en una tienda, sólo tiene un minuto.

Intrusiones _____

Perseveraciones _____

Total de palabras _____

- En un minuto, usted debe decirme la mayor cantidad de palabras que comiencen con la letra F que acudan a su mente, pero no se admiten nombres propios ni palabras parecidas.

Intrusiones _____

Perseveraciones _____

Total de palabras _____

VI- PRAXIS

Para evaluar este acápite, debe primero comprobarse la fuerza, precisión y el tono muscular del paciente.

a. Praxis ideomotora

Realice el gesto que usted crea para indicar que está martillando

Realice el gesto que usted crea para indicar que está peinándose

Realice el gesto que usted crea para indicar que está cepillando sus dientes

Total ____/3

b. Praxis ideacional

¿Cómo usted haría para colar café?

¿Cómo usted hace para bañarse?

¿Cómo usted hace para tender su cama?

Total ____/3

VII- GNOSIS

(Lo referido al reconocimiento de objetos, colores y esquema corporal se explora en la sección de Lenguaje)

a. Reconocimiento de caras

Ahora le voy a mostrar algunos rostros que usted debe identificar, dígame quién es:

Total ____/3

VIII- FUNCIONES EJECUTIVAS

a. Abstracción

Ahora debe decirme en qué se parecen “un gorrión y una tojosa”, los dos son... aves.

Una guayaba y una naranja	1 2
---------------------------	-----

Un reloj y una regla	1 2
----------------------	-----

Una hoja de papel y un lápiz	1 2
------------------------------	-----

Total____/6

b. Cálculo

- $12 + 21$
- Pedro compró 10 naranjas a 50 centavos, ¿cuánto gastó?
- Si a una caja de cervezas le caben 24 botellas, ¿cuántas botellas hay en una caja y media?

Total ____/3

c. Funciones Motoras

1. Cambio de posición de la mano

anillo- puño- puño- palma

M D: _____ 0 1 2

M I: _____ 0 1 2

Total ____/4

2. Reacciones opuestas

Cuando yo dé un golpe, usted dará dos, cuando yo dé dos, entonces, usted dará uno. (1, 1, 2, 1, 2, 2, 1, 2). Luego, cuando yo dé uno, usted dará dos, cuando yo dé dos, usted no dará ninguno. (1, 2, 1, 2, 1, 2, 2, 1, 1)

Total ____/2

3. Planificación

Ahora le daré en esta hoja una prueba que usted debe leer cuidadosamente, debe completarla en el menor tiempo posible. (Mapa del Zoo)

Total ____/ 2

IX- EVOCACIÓN

Memoria verbal

•Espontánea..... Correctas: ____ /10

Perseveraciones ____ Contaminaciones____ Intrusiones ____

•Con guías.....Total de correctas____/10

Útiles de la cocina (vaso, plato, jarra)

Medios de transporte (barco, tren, motor)

Frutas (fresa, uva, mango, pera)

Perseveraciones ____ Contaminaciones____ Intrusiones ____

Memoria visoespacial

Pida que reproduzca la figura de la lámina 2

Tiempo____ Total ____/12

Memoria visual

• Espontánea: ____ Intrus.____ Persev.____ Cont.____ Total____/8

• Reconocimiento: ____ Intrus.____ Perv.____ Cont.____ Total____/8

Anexo 6

ENTREVISTA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (En dos sesiones)

Sesión 1

Datos generales

Nombre y apellidos, edad, estado civil y número de hijos, ocupación, lugar de residencia, motivo de ingreso, afiliación familiar.

Historia de la enfermedad actual (indagar si es necesario con el equipo de salud)

Cronología de los síntomas ocurridos hasta el momento presente, tiempo de aparición de los síntomas, estresores desencadenantes del inicio de los síntomas (si los hay).

Antecedentes psiquiátricos personales (indagar si es necesario con el equipo de salud)

Conciencia del paciente sobre la primera vez que recuerda de cualquier problema psiquiátrico (valorar ayuda buscada – ayuda recibida), atención psiquiátrica o psicológica recibida durante estos momentos (tiempo de duración, profesional(es) que la llevó a cabo) y medicaciones (si han sido prescritas).

Antecedentes de consumo de sustancias (indagar si es necesario con el equipo de salud)

Consumo de alcohol, drogas, pastillas, cigarro, café, té u otros. Vías de administración de estas sustancias (orales, intravenosas, nasales, etc.), cantidades y frecuencia. Motivos del paciente para ingerir estas sustancias (recreativos, enmascaramiento de síntomas, evasivos, asertivos, patrón de conducta adictiva, etc.). Especificar si alguna vez el paciente ha sufrido una sobredosis (crisis de intoxicación aguda)

Antecedentes familiares (indagar si es necesario con el equipo de salud)

Parientes vivos y muertos del paciente. Parientes que han sufrido trastornos emocionales u orgánicos.

Antecedentes médicos (indagar si es necesario con el equipo de salud)

Enfermedades habituales y crónicas (actuales y de la infancia) del paciente. Enfermedades que causaron frecuentes consultas u hospitalizaciones. Historial de accidentes y traumatismos,

motivación y actitud para recuperarse de sus enfermedades. Discapacidades o limitaciones físico-motoras u de otra índole.

Exploración psicopatológica

DESCRIPCIÓN GENERAL

Conducta Motora: marcha y libertad de los movimientos del paciente, movimientos involuntarios o anormales, movimientos estereotipados, repetitivos, etc. Retardo o aceleración del movimiento

Habla: espontaneidad de las verbalizaciones (o ausencia de ésta). Tono y volumen de la voz. Defectos en el habla

Actitud: relación del profesional con el paciente durante el curso de la entrevista, cambios de actitud ocurridos durante algún momento específico.

Habilidades: capacidad para manipular objetos, habilidad con que realiza la manipulación. Conocimientos y empleo adecuado/inadecuado de la función del objeto.

Nota: LA ESFERA AFECTIVA SE EXPLORA MEDIANTE LA OBSERVACIÓN INCLUIDA (Anexo 3)

Sesión 2

ESFERA COGNITIVA

- Alteraciones de la Senso-Percepción
- Alucinaciones, pseudoalucinaciones o delirios
- Alteraciones del proceso del pensamiento (curso y contenido)
- Otros síntomas generales

Atención: percepción, funciones de vigilia, selección e inhibición de estímulos irrelevantes.

Memoria: procesos de reconocimiento y recuerdo

Pensamiento: razonamiento, enjuiciamiento, proceso de categorización y nominación.

Lenguaje: comprensión del lenguaje y fluidez.

Funciones ejecutivas: Planificación y secuenciación de las acciones. Toma de decisiones.

Anexo 7

TAREAS EXPERIMENTALES USADAS COMO COMPLEMENTARIAS PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Concentración: Las pruebas formales para evaluar la concentración incluyen las series de 7, en las que se pide al paciente que reste 7 de 100 y luego siga restando 7 cada vez. Si el paciente tiene dificultades cognoscitivas con esta tarea, pueden sustituirse por las series de 3, o por contar hacia atrás a partir de 20.

Memoria de trabajo: Se le indica al paciente que se va a recitar unos números para luego pedirle que los repita. Instruye al paciente indicándole: «voy a decir los números 3, 8, 7 y quiero que repita 3, 8, 7». Se le dice un número cada segundo y posteriormente pide que los repita. Una vez el paciente ha comprendido la instrucción, se le recita tres números diferentes y luego añade un número cada vez hasta que el paciente no es capaz de repetirlos correctamente. Si el paciente no puede repetir seis números hacia adelante se le presenta otra serie diferente de seis números. Si fracasa de nuevo, el psiquiatra pone fin al ejercicio y anota que el paciente fue capaz de repetir cinco dígitos en orden directo. Posteriormente el psiquiatra propone un ejercicio de repetición de dígitos en orden inverso. Instruye al paciente diciéndole que cuando diga «4, 9, 2», quiere que él responda «2, 9, 4». De nuevo va aumentándose la dificultad añadiendo cada vez otro número hasta que el paciente es incapaz de repetir los números en orden inverso durante dos ensayos consecutivos. A continuación, se indican los números que el paciente ha podido repetir en orden inverso.

Recuerdo: Se examina este aspecto preguntando al paciente dónde se crió, dónde fue a la escuela, cuál fue su primer empleo, e interrogando sobre personas importantes del pasado (p. ej., el nombre de presidentes) y acontecimientos importantes (p. ej., Triunfo de la Revolución Cubana).

Reconocimiento: Se le muestran tarjetas con distintas figuras al paciente por un tiempo de 5 segundos cada una, luego se le pide que mencione todas aquellas que logre recordar. Se le puede pedir que según los recuerde los vaya agrupando en categorías (tener en cuenta que esto responde más a la nominación que a la memoria de reconocimiento).

Anexo 8

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD¹⁵

Datos Generales: Nombre, edad, fecha de graduación, tiempo que lleva ejerciendo en el contexto de la clínica psiquiátrica y tiempo que lleva ejerciendo en el servicio.

Saberes profesionales: con respecto a la esquizofrenia, características de la enfermedad y de los pacientes estudiados (características de su nivel de funcionamiento cognitivo y de sus recursos personales). Con respecto al cuidado y a la enfermería como profesión destinada al cuidado. Con respecto a la rehabilitación cognitiva y su relación a la praxis profesional de enfermería.

Motivación: necesidades expresadas en relación a su rol profesional (necesidades de realización, reconocimiento, superación, etc.). Motivos que movilizan su comportamiento hacia un objeto (tener en cuenta que el objeto guarde relación con la profesión de enfermería y la atención al paciente esquizofrénico). Intereses Profesionales y personales relacionados al rol de cuidador.

Valores: relación paciente-enfermera en cuanto a nivel de tolerancia a las diferencias de estos y comprensión de su realidad. La responsabilidad y el compromiso ante asumir el rol de cuidador primario de sujetos con afecciones psiquiátricas. Profesionalismo, comprensión, respeto a la autonomía.

Acciones profesionales: Tareas asociadas a la función de cuidador y la relación existente entre estas y la concepción de rehabilitación cognitiva que las enfermeras asumen (aquí también se incluyen a los saberes profesionales). Programación de las actividades, objetivos y contenidos de estas.

¹⁵ Se realizó en dos sesiones de trabajo (en un caso tomó 3 sesiones terminarla), sobre la base de la misma guía, por esto no se hace distinción entre estos momentos. Ello se debe a que las temáticas guardan importante relación entre ellas -siendo complejo su separación en sesiones-, por lo que se tuvo en cuenta los contenidos tratados en la sesión anterior para que no fuesen reiterativos en la/las siguiente/s, intentando abarcar la mayor cantidad de información relevante posible.

Anexo 9

GUÍA DE OBSERVACIÓN INCLUIDA (PACIENTES)

Aspecto físico e higiene personal: Edad aparente, cuidado de la ropa y el calzado, afeitado y pelado, y accesorios (bolsos, pulseras, etc.).

Relacionadas a la actividad: Tareas o actividades que realizan, organización y contenido de estas. Organización del tiempo. Confort de los espacios. Manifestaciones sintomáticas positivas, negativas y cognitivas. Relación paciente-enfermera.

Relacionadas a la ejecución en las técnicas: maneras de responder a las demandas de las técnicas: planificación de las acciones para responder a la tarea solicitada. Manifestaciones comportamentales durante la ejecución de las tareas (signos de ansiedad, nerviosismo, inseguridad, agitación, etc.).

Esfera afectiva: Estado de ánimo predominante (referido por el paciente y observado), fluctuación y duración del estado de ánimo. Adecuación de expresiones corporales con respecto a los sentimientos. Adecuación de la expresión afectiva y las cuestiones que se están tratando o sucediendo.

Anexo 10

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE (ENFERMERAS)

Relación paciente-enfermera. Organización y contenido de tareas o actividades que se realizan con y para los pacientes. Organización del tiempo de trabajo. Ajuste entre lo que se refiere en las entrevistas y la realidad percibida por el investigador.