



## CLÍNICA

### ASPECTOS COGNITIVOS EN LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON PSICOSIS CRÓNICA

**\*Bárcena Calvo, Carmen**

\*Especialista en Enfermería en Salud Mental. Lic. en Antropología social y cultural. Prof. Titular interina de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. León.

Palabras clave: cognición (atención, concentración y memoria), rehabilitación, cronicidad.

#### RESUMEN

Cuando hablamos de pacientes crónicos, hablamos del sufrimiento de una enfermedad mental severa de larga duración. En el campo de la Psiquiatría, la palabra cronicidad tiene unas claras connotaciones negativas que marcan indeleblemente al paciente que la padece, sin tener en cuenta, en ocasiones, el nivel o grado variable de discapacidad y disfunción social.

Sin embargo, no es menos cierto que cuando vamos a trabajar la rehabilitación de habilidades en estos pacientes, nos encontramos con dificultades (en mayor o menor medida) de cognición, atención, memoria y concentración, que, aun no sufriendo sintomatología positiva, como ideas delirantes, alucinaciones, y desrealización, por ejemplo, nos limitan la aplicación eficaz de los cuidados y técnicas de Enfermería.

En este trabajo quisiera hacer una reflexión sobre ello, aprovechando mi experiencia de trabajo en rehabilitación, fijándome en aquello que puede ayudar al paciente y a la enfermera para obtener mejores resultados en dicha rehabilitación.

#### INTRODUCCIÓN

Las personas que sufren de enfermedades mentales crónicas como es la esquizofrenia u otras psicosis, presentan un abanico muy amplio de problemas, no sólo psicopatológicos sino también, en los aspectos de funcionamiento psicosocial, y en consecuencia en la integración en el medio social donde conviven.

Por ello, para estos pacientes, y dependiendo de sus características, se contempla en la red Psiquiátrica, y teniendo en cuenta la atención integral, llevar a cabo los programas de

rehabilitación que les permitan mejorar su calidad de vida. Por tanto, me parece importante definir este término dentro de la Salud Mental.

La rehabilitación se basa en un principio de autonomía e independencia. Las personas con enfermedad mental suelen presentar inhabilidades en diversas áreas de funcionamiento personal y social, y ello suele tener como consecuencias la dependencia de la familia, el aislamiento social y la inactividad laboral.

La rehabilitación se centra en la recuperación de estas habilidades que hacen que la persona sea lo más autónoma y competente posible.

La rehabilitación, por tanto, tiene como fin último *ayudar a las personas a que recuperen el mayor nivel de funcionamiento autónomo posible en cada caso*, es decir, que las personas con enfermedad mental puedan llevar una vida lo más parecida posible a cualquier otra persona sana.

Para conseguir esto, la rehabilitación psicosocial dispone de una serie de programas que enseñan a las personas todo lo necesario para vivir en esta sociedad: desde cómo freír un huevo hasta cómo hacer amigos, cómo coger un autobús, reconocer su medicación, hacer la compra, controlar la ansiedad, etc.

Además de enseñar y habilitar al usuario, la rehabilitación presta apoyo y soporte a estas personas facilitándoles desde la progresiva integración en el mundo laboral, talleres protegidos, etc., así como el aprovechamiento de los distintos recursos sociales que pueden facilitar esa integración de la que hablábamos.

Un aspecto importante de la rehabilitación psicosocial, es que los programas de trabajo se adapten a lo que cada persona necesita. No todos los individuos con enfermedad mental tienen las mismas dificultades ni habilidades para poder funcionar en la comunidad. Es por esto por lo que la rehabilitación debe, en primer lugar, evaluar o conocer lo que necesita cada persona, para después diseñar su plan de rehabilitación particular.

Por tanto, me parece previo al trabajo del manejo de habilidades, el restablecer, en la medida de lo posible, para su posterior aprendizaje, los aspectos de la **ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y MEMORIA**.

Durante mucho tiempo se consideró que los trastornos cognitivos de la esquizofrenia eran un problema secundario en el desarrollo de la enfermedad y, por este motivo, no se consideró primordial dar un tratamiento específico<sup>1</sup>.

En las últimas décadas se ha observado un interés creciente, por parte de muchos autores, en elaborar teorías neuropsicológicas que expliquen los déficits cognitivos de la esquizofrenia<sup>2</sup>.

A estos trastornos cognitivos debemos añadir los efectos secundarios, o no deseados, de la medicación antipsicótica que reciben estos pacientes, que favorecen, al menos durante el tiempo de adaptación, la disminución de la atención, concentración percepción, memoria etc.

La **atención** es un elemento básico en los procesos cognitivos del individuo. Es decir, difícilmente se podrá realizar cualquier acto si estuviese ausente.

Según indica García (1997)<sup>3</sup>

“La atención es un mecanismo implicado directamente en la activación y el funcionamiento de los procesos y/u operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica”.

Esto es, que si no se puede fijar la atención, no activaremos las otras funciones psíquicas como la concentración, etc., base para un aprendizaje.

La **concentración** está relacionada con el fenómeno de la “percepción”: proceso psicofisiológico por el cual se toma conciencia de nuestra realidad. La concentración requiere de la atención, siendo la capacidad para aprender voluntariamente los estímulos fundamentales que caracterizan una tarea en un tiempo dado.

Nos concentramos en el estudio u otra actividad cuando la atención se mantenga insistentemente sobre dicha actividad o estudio, pero ésta, se verá favorecida si tenemos en cuenta una serie de elementos que más adelante enunciaremos.

La **Memoria** es la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia (Vallejo Ruiloba)<sup>4</sup>.

Las personas adultas hacen mejor el aprendizaje desde su experiencia personal, que desde un nivel exclusivamente cognitivo.

De los muchos aspectos y tipos de memoria, me parece fundamental tener en cuenta que la memoria forma parte del conjunto de la vida psíquica y biográfica del individuo, a la cual influirá y la cual será influida por ella.

Expuestos estos términos de forma muy simple, ya que partimos del conocimiento de los mismos, debemos indicar que, precisamente el personal de Enfermería es el que, en el trabajo diario, puede valorar con bastante exactitud, cómo se encuentra el paciente en estos tres campos, así como establecer unos programas previos de recuperación de los mismos, antes de iniciar al paciente en otros programas.

Para ello me parecen una herramienta de máxima utilidad los Patrones de Salud de Marjory Gordon y, concretamente, la adaptación realizada por Fornés<sup>5 y 6</sup> en Salud Mental, y de forma más específica el Patrón Cognitivo-Perceptivo, donde se recoge el funcionamiento y adecuación tanto de los órganos de los sentidos, como de las capacidades sensorio-perceptivas y cognitivas. También describe habilidades cognitivas como el juicio y la toma de decisiones.

Los parámetros de registro y codificación del patrón cognitivo-perceptivo son los siguientes:

- Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno.
- **Atención y orientación** (espacio-tiempo-persona).
- Alteraciones perceptivas.
- **Memoria e inteligencia**. Pensamiento y lenguaje. Expresión del lenguaje.

## **ASPECTOS QUE FAVORECE EL TRABAJO EN LA ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN Y MEMORIA.**

Desde mi experiencia, puedo decir que el mejor punto de partida para trabajar estos aspectos son:

- la cotidianidad de la vida del paciente,
- la motivación de éste, partiendo de la base que la persona es un ser individual y único.
- el refuerzo.

Sin olvidar que *cada paciente, parte de premisas distintas por la evolución de su enfermedad, su carrera psiquiátrica y su propia biografía.*

Teniendo en cuenta estos factores, seremos capaces de encontrar esos ejercicios individualizados que estimularán al paciente a trabajar sobre estos aspectos cognitivos.

En ocasiones tendremos que negociar, (cuando el paciente no encuentre, aparentemente, motivación alguna para trabajar dichos ejercicios) e incluso es posible que aparezcan los “beneficios secundarios de sufrir la enfermedad” y éstos, no le permitan de manera consciente o inconsciente tomar el impulso necesario para participar en su restablecimiento cognitivo, teniendo que pactar las actividades hasta que exista suficiente motivación por parte del paciente.

Es más fácil recordar a un ser querido que a un desconocido; es más fácil retener una buena jugada de fútbol, que una conversación forzada; es más fácil concentrarse en un recuerdo bonito y verbalizarlo, buscando todos sus matices, que hablar de un futuro en ese momento inexistente; parece más integrador cómo vivencia la medicación el usuario y qué efectos tiene sobre él, que leerle el prospecto de la misma.

La vida diaria del paciente y de la familia (e incluso la actividad diaria de los profesionales) pueden ser las mejores aliadas para comenzar un trabajo de restablecimiento o recuperación de estos déficits. Pueden ayudarnos en muchas tareas que requieran de su concentración, atención o memoria.

Una vez restablecidas mínimamente estas áreas cognitivas, abordaremos los programas específicos, como, por ejemplo:

- asociación de imágenes,
- encadenar palabras,
- auto-observación, etc.

Dichos ejercicios, de atención, concentración y memoria siempre deben estar ajustados a las limitaciones del paciente e irán aumentando progresivamente en dificultad, para *no dañar la autoestima ni generar desmotivación.*

Paralelamente se realizarán unos gráficos donde se registre la evolución individual del paciente en los tres campos expuestos. Observaremos fácilmente los progresos del paciente y las modificaciones que deberemos hacer en esta recuperación cognitiva.

Una de las premisas fundamentales del éxito, es que la actividad o ejercicio que se practique esté en mayor sintonía con el paciente, con lo que le rodea, con sus necesidades y su vida.

Otro de los aspectos a tener en cuenta para favorecer el área cognitiva es trabajar los patrones del sueño y descanso, de actividad y ejercicio y el patrón nutricional.

Todos sabemos que una buena oxigenación y ejercicio favorece el riego cerebral, y que el sueño es el reparador diario de nuestras neuronas, así como la alimentación (en esta última quisiera recordar que tanto el fósforo como el magnesio y la lecitina, son tres elementos que favorecen un mejor desarrollo mental.)

La lecitina de soja, tan saludable para la memoria, es un producto natural y fácil de añadir a la dieta diaria. Las verduras y frutas como antioxidantes son básicos en estas dietas. Los frutos secos y el chocolate, recargan la energía de forma inmediata.

No debiéramos dejar a nuestro organismo más de cuatro horas sin alimento, ya que está demostrado que este hecho baja claramente el rendimiento cerebral, afecta al ánimo y estimula la ansiedad.

La levadura de cerveza contiene tiamina, y junto al calcio y las vitaminas B y B1 ayudarán a la memoria y concentración. Conociendo de la importancia de la alimentación, pienso que Enfermería deberá elaborar dietas adecuadas para nuestros pacientes en general y más en aquellos que sufren déficit cognitivo.

## **CONCLUSIONES**

Sabiendo que los patrones cognitivos en los individuos son distintos, especialmente en las personas que sufren de enfermedad mental severa o crónica, y teniendo en cuenta que en el proceso de cumplimiento de programas de habilidades sociales estos aspectos cognitivos mejoran sustancialmente, podemos concluir:

- Primero, que el primer paso a dar para su rehabilitación es tener un perfecto conocimiento de sus discapacidades cognitivas, ya que éste es fundamental para su aprendizaje en sucesivos programas.
- Segundo, que este aprendizaje se puede y debe hacer desde la vida diaria del paciente y contando con sus motivaciones para el restablecimiento.
- Tercero, que tener en cuenta todos los aspectos de su salud y fundamentalmente los patrones de sueño y reposo, actividad y alimentación, pueden favorecer mucho los avances del paciente en este campo.
- Cuarto, que si hay una recuperación, por muy pequeña que sea de estos déficits, nos encontraremos que el resto de los programas de rehabilitación, como es el aprendizaje del manejo de su medicación, de su enfermedad, habilidades para vivir independientemente, etc., van a ser mucho más fáciles de trabajar para el paciente y para los profesionales, y desde luego, bajo mi punto de vista, con mejores resultados y menos abandonos en su rehabilitación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1, 2, 3. LA ATENCIÓN <http://www.intras.es/htm/id/grador/atención.pdf>
4. Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Ed 3ª Madrid:Masson-Salvat, 1991; 143-144.
5. Fornés, J. Los registros de Enfermería en las nuevas técnicas de Salud Mental. Rol de Enfermería,223:56-63

6. Fornés Vives, J., Carballal Balsa. M<sup>a</sup> Consuelo. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. "Guía práctica de valoración y estrategias de intervención". Panamericana, Madrid 2001. 74-79.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia