

Experiencias en rehabilitación neuropsicológica a pacientes psiquiátricos de larga estancia: hacia un modelo de intervención*

Lady Nataly Timaná de la Cruz**✉

Nelly Alexandra Arévalo Martínez***

Cómo citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo: Timaná, L. y Arévalo, N. (2016). Experiencias en rehabilitación neuropsicológica a pacientes psiquiátricos de larga estancia: hacia un modelo de intervención. *Revista UNIMAR*, 34(1), 31-40.

Fecha de recepción: 02 de junio de 2015

Fecha de revisión: 30 de noviembre de 2015

Fecha de aprobación: 30 de marzo de 2016

RESUMEN

En este artículo se da a conocer la importancia de implementar la rehabilitación neuropsicológica dentro de un hospital psiquiátrico, realizando una evaluación e intervención de los procesos cognitivos básicos y superiores, e identificando los déficits y potencialidades de los procesos cognitivos de las pacientes.

La muestra utilizada fueron 220 pacientes de las unidades A2, B, D, G y E; se analizó e interpretó la información recolectada por medio de la matriz de sistematización de la información y el informe de la evaluación, llevando a cabo un programa de rehabilitación neuropsicológica, teniendo como meta convertir la experiencia de la hospitalización en una experiencia enriquecedora, reactivando su papel funcional, a partir del refuerzo de sus capacidades cognitivas, habilidades sociales y proceso psicoterapéutico.

La población respondió mejorando el rendimiento cognitivo en el desarrollo de los reactivos, teniendo en cuenta la necesidad de incluir la rehabilitación neuropsicológica como un modelo de atención que permita la continuidad y contribución al proceso.

Palabras clave: Enfermedad mental, larga estancia, psicología clínica, rehabilitación neuropsicológica.

Experiences in neuropsychological rehabilitation of long-stay psychiatric patients: towards an intervention model

ABSTRACT

The article allows knowing the importance of implementing neuropsychological rehabilitation in a psychiatric hospital, performing an evaluation and intervention of the basic and superior cognitive processes, identifying the deficits and potentialities of the patients' cognitive processes.

220 patients were the sample used. The statements collected were analyzed and interpreted through the systematization matrix of the information and the evaluation report, carrying out a program of neuropsychological rehabilitation, with the goal of making the experience of hospitalization enriching, reactivating its functional role from the reinforcement of their cognitive capacities, social skills and psychotherapeutic process.

The population responded by improving cognitive performance in the development of the reagents, taking into account the need to include neuropsychological rehabilitation as a care model that allows continuity and contribution to the process.

Key words: mental illness, long stay, clinical psychology, neuropsychological rehabilitation.

* Artículo Resultado de Investigación.

**✉ Psicóloga. San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico: ladint27@yahoo.com

*** Psicóloga. San Juan de Pasto, Nariño, Colombia. Correo electrónico alexitafanmj@hotmail.com

Experiências de reabilitação neuropsicológica a pacientes psiquiátricos de longa permanência: para um modelo de intervenção

RESUMO

O artigo permite conhecer a importância da aplicação da reabilitação neuropsicológica em um hospital psiquiátrico, realizando uma avaliação e intervenção dos processos cognitivos básicos e superiores, identificando os déficits e potencialidades dos processos cognitivos das pacientes.

A amostra utilizada foi de 220 pacientes. As declarações coletadas foram analisadas e interpretadas através da matriz de sistematização da informação e do relatório de avaliação, realizando um programa de reabilitação neuropsicológica, com o objetivo de tornar enriquecedora a experiência de hospitalização, reativando seu papel funcional a partir do reforço de suas capacidades cognitivas, habilidades sociais e processo psicoterapêutico.

A população respondeu melhorando o desempenho cognitivo no desenvolvimento dos reagentes, levando em conta a necessidade de incluir a reabilitação neuropsicológica como modelo de cuidado que permita a continuidade e contribuição ao processo.

Palavras-chave: doença mental, longa estadia, psicologia clínica, reabilitação neuropsicológica.

“Un hombre no está bien hasta que sea feliz, sano, y próspero; y la felicidad, la salud, y la prosperidad son el resultado de un ajuste armonioso del interior con el exterior del hombre”

James Allen

1. Introducción

La enfermedad mental es un concepto que se ha venido estudiando durante las últimas décadas de manera progresiva y en este proceso se ha ido redefiniendo una y otra vez, siendo definida como un estado con diferentes características, según la cultura y la época, que se vincula con desarmonía y deterioro del cuerpo anatómico fisiológico (González, 1985), acompañada por un número de síntomas relacionados, según los cuales se la clasifica y diagnostica.

Así mismo, se caracteriza por la incapacidad que produce en el individuo para laborar, relacionarse y funcionar independiente y de forma adecuada en la sociedad; esto modifica temporal o permanentemente sus valores, intereses, hábitos, comunicación y actitudes, conllevando problemas cognoscitivos, que se manifiestan en las dificultades de atención, alteraciones amnésicas y funciones ejecutivas (Ricon y Di Segni, 1991).

Las investigaciones han mostrado que la enfermedad mental es la causa de muchas de las disfunciones cognoscitivas, siendo ésta un síntoma primario de

los trastornos psicóticos y otros desórdenes afectivos, razón por la cual, los problemas cognoscitivos son evidentes, así otros síntomas sean controlados (episodios psicóticos o afectivos). Del mismo modo, se ha demostrado que aquellas partes del cerebro que se utilizan para destrezas cognoscitivas específicas, por lo general, no funcionan normalmente en personas con trastornos psicóticos y ciertos desórdenes afectivos, lo que indica que las enfermedades mentales afectan el modo en que el cerebro funciona y de ahí que, se generen los problemas cognoscitivos (Dudek, Zieba, Jawor y Devitt, 2000).

A partir de ello, la psicología clínica dentro de sus ramas de acción, ofrece diversas teorías y herramientas prácticas que permiten involucrarse en problemáticas de una comunidad específica, con el propósito de conocer, comprender e intervenir lo que sucede, de ahí que la rehabilitación neuropsicológica es un modelo de intervención útil e importante de ser implementado dentro de un contexto psiquiátrico.

Debido a lo anterior, fue necesario implementar un programa de rehabilitación neuropsicológica dentro del hospital psiquiátrico, realizando una evaluación e intervención de los procesos cognitivos básicos y superiores; identificando los déficits y potencialidades de los procesos cognitivos de las pacientes, ya que las funciones cognitivas se refieren a las destrezas del pensamiento humano que le

permiten percibir, adquirir, entender y responder a información del entorno; estas funciones incluyen las habilidades para prestar atención, recordar, procesar información, resolver problemas, organizar y reorganizar información, comunicarse y reaccionar a información recibida (Flavell, 1985; Dudek et al., 2000). Todas estas habilidades son el resultado de la incidencia de factores personales y culturales que trabajan de una manera muy interdependiente, para permitirles a las personas funcionar de manera adecuada en su ambiente; lo cual está severamente afectado en las personas con enfermedades mentales (Bermejo y Lago, 1994).

Los autores Márquez y Figiacone (2002), confirman lo expresado con antelación, al considerar que los déficits cognitivos de los trastornos psiquiátricos, así como también la descripción de los déficits neuropsicológicos presentes en pacientes y el relato de la disfuncionalidad que provoca estos déficits, sobre el comportamiento cotidiano de los pacientes, obliga a los clínicos a considerar la necesidad de sumar esfuerzos desde la intervención, para tratar de disminuir el impacto de estos déficits neurocomportamentales. Es así como estos autores proponen un tercer espacio terapéutico, orientado a complementar el abordaje sostenido por la psicofarmacología y la psicoterapia cognitivo conductual en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales.

El tercer espacio terapéutico se nutre de los aportes de la rehabilitación cognitiva para construir un espacio de abordaje terapéutico centrado en la recuperación y optimización de las posibilidades de aprendizaje incidental de cada paciente considerando la necesidad de sostener un abordaje que apunte a recuperar aspectos cognitivos, conductuales y afectivos de los pacientes colaborando con su inserción social y funcionamiento académico/laboral (Figiacone, 2008). Esta última premisa es un tanto ambiciosa pero no imposible de ser llevada a cabo, si se logra integrar estos programas de rehabilitación neuropsicológica como ese tercer espacio terapéutico, a los modelos de atención integral que ofrecen los contextos psiquiátricos, en este caso el Hospital Perpetuo Socorro, de esta manera, lograr devolver el papel funcional del paciente y la reinserción a la comunidad.

Por lo tanto, es importante conocer la plataforma conceptual de la rehabilitación cognitiva (RC); exis-

te un marco inicial para delimitar la discusión sobre el objeto de la RC, es el ofrecido por la World Health Organization (WHO, 2002). Allí, se reconocen cuatro niveles a considerar en el trabajo con personas con discapacidad: las alteraciones neuropatofisiológicas, el déficit, las limitaciones funcionales (impairment) y el impacto en la participación social (handicap).

Considerando tal clasificación, Wilson (1997) comenta que históricamente la RC fue entendida como la restauración de las funciones cognitivas (atención, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas) alteradas por la LCA, ubicando el énfasis en reparar el déficit causado por el daño de las estructuras cerebrales. Actualmente, perspectivas más progresistas han situado el énfasis no solo en la restauración del déficit, sino más bien en la disminución de los problemas particulares causados por éste, o funcionalidad (ejemplo: dificultad en recordar nombres de personas, utilizar un computador, planificar las actividades de la vida diaria), y en el impacto que estas alteraciones tienen en la participación social y calidad de vida (ejemplo: aislamiento, trastornos afectivos y desempleo). En la literatura se ha denominado al primer enfoque como Tradicional, y al segundo como Contextual (Ylvisaker, Hanks y Johnson-Greene, 2002), ya que comprende la RC como la búsqueda de una mayor eficacia y participación en actividades personalmente significativas en el mundo real.

Por tanto, el principal objetivo del artículo es mostrar la experiencia real de la implementación de un programa de rehabilitación neuropsicológica en el Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, y con ello, poner en evidencia la necesidad que presenta la población psiquiátrica de recibir dentro del modelo de atención integral, la rehabilitación neuropsicológica como respuesta a las deficiencias cognitivas que presentan, así como también el bajo nivel de funcionalidad que posee.

La metodología que se utilizó en este plan de intervención se desarrolló siguiendo tres fases iniciales la de evaluación, diagnóstico e intervención. En el que se explora analiza y diseña planes de acción aplicados a la población de larga estancia.

2. Material y Métodos

Se realizó un plan de intervención psicológica en el período de tiempo comprendido desde agosto del

2014 hasta mayo del 2015, con el objetivo de implementar un programa de rehabilitación neuropsicológica dirigido a un grupo de 220 pacientes, que pertenecen a las unidades de Larga Estancia del Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro de San Juan de Pasto. EL hospital se considera una institución privada, sin ánimo de lucro regida por la congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, que tiene como principal objetivo la acogida, asistencia y cuidado especializado y preferente a personas con enfermedades mentales, discapacidades físicas y psíquicas.

La comunidad con la que se trabajó están organizados en diferentes unidades, dependiendo de la edad y niveles de cronicidad de las patologías:

Unidad A2: Unidad de Cuidados paliativos.

Unidad B: es la unidad de enfermería, está conformada por un número de pacientes que oscila entre los 40 y 50 pacientes crónicos de mayor edad, que por lo tanto, necesitan asistencia total de enfermería.

Unidad D: es la unidad cerrada, son pacientes con mayor nivel de agresividad e intentos de fuga, necesitan mayor cuidado sin deambulación libre por el hospital, está conformada por un promedio de 45 pacientes con patologías como esquizofrenia y retardo mental de todos los tipos, epilepsia y trastorno afectivo bipolar.

Unidad E: es la unidad de las pacientes que son independientes en su cuidado, se encuentran en edades medias, son colaboradoras, y con mayor nivel de funcionalidad, está conformada por 60 pacientes con patologías como esquizofrenia, retardo mental de todos los tipos y epilepsia.

Unidad G: es la unidad de pacientes geriátricos conformada por un promedio de 71 pacientes con patologías como esquizofrenia, retardo mental de todos los tipos y epilepsia.

Se pudo notar que las personas que conforman dichas unidades son personas de estancia permanente, de manera que han estado en este lugar por varios años, por lo que se puede anotar que tienen una escasa red de apoyo social. Lo que hace que esta comunidad, al sentir el acompañamiento de otras personas diferentes a los funcionarios habituales, logran romper su cotidianidad y se emocionan al

sentirse importantes para otros, así como por parte de los practicantes de las distintas universidades.

La metodología utilizada en el plan de intervención psicológica se estructuró en tres fases:

1. Etapa evaluación inicial: se caracterizó el universo de estudio a partir del diseño de “protocolo de evaluación cognitiva”, en el que se evaluó las funciones cognitivas (orientación, atención, memoria, praxias, lenguaje y funciones ejecutivas).

Este instrumento comprende la valoración cualitativa de las funciones cognitivas de las pacientes, en ocho pruebas que equivalen a las funciones cognitivas ya mencionadas, y en cada prueba se determinan una serie de subpruebas en las que se designa una serie de actividades que permiten profundizar en la evaluación de cada función cognitiva, siendo en total 27 ítems; el cual permitió una mejor comprensión y análisis de los déficits sobre los cuales se trabajó, además se incluyeron las variables sociodemográficas: edad, sexo, y escolaridad.

La aplicación del instrumento se realizó a las pacientes de larga estancia de cada unidad, utilizando los siguientes materiales físicos:

- Consultorio, libre de estímulos distractivos como ruido, poca iluminación.
- Mesa.
- Grabadora.
- 5 imágenes prediseñadas.
- Figura de rey.
- Rompecabezas de figura humana.
- Objetos: balón, cuadrado, lapicero, libro, lámina de lija, lámina de algodón, gelatina, agua.
- Hoja, lápiz.

2. Etapa de diagnóstico: en la que se estructuró el diagnóstico final que da cuenta de las problemáticas y necesidades presentes en el contexto.

3. Etapa de intervención: para el diseño del programa de rehabilitación cognitiva, fue importante centrarse en los mayores déficits encontrados en la

totalidad de la población, los cuales se determinaron agrupando las funciones cognitivas en factores neuropsicológicos, lo cual permite hablar de “procesos neuropsicológicos” que se encuentran alterados.

El programa de rehabilitación cognitiva se desarrolló durante el segundo periodo de la práctica a la población en estudio con un plan de ejercicios que respondió a los déficits encontrados en relación a la esfera cognitiva, rehabilitando y favoreciendo una adecuada organización y regulación en los procesos que realizan las pacientes; especialmente todas las acciones que requieren un análisis perceptivo específico, incluyendo las acciones verbales, orales y

gráficas que favorecerán su comprensión y una mejor ejecución de tareas cotidianas en situaciones del contexto hospitalario.

3. Resultados

Los resultados van dirigidos a la fase de evaluación e intervención. De acuerdo a la interpretación de resultados encontrados en la fase de evaluación, se obtuvo como resultado principal la existencia de déficits en las funciones cognitivas evaluadas en la población de larga estancia que incluye las unidades: B, E, G, D, A2; en la Tabla 1 se presenta los mayores fallos presentes por unidad.

Tabla 1. *Funciones cognitivas en déficit clasificadas por las unidades evaluadas*

Unidad	Procesos cognitivos en déficit		Factores neuropsicológicos
B	Función Cognitiva	Componte (Dominio)	Retención Audio Verbal y Visual Regulación y Control Cinético Síntesis espaciales
	Orientación	Temporal - Espacial	
	Percepción	Auditiva - Somatosensorial	
	Memoria	Visual – Verbal-auditiva	
	Lenguaje	Fonología – Morfosintaxis – Semántica – Seguimiento de instrucciones	
	Praxis	Motricidad gruesa – Motricidad fina – Construccional – Esquema corporal	
	Funciones Ejecutivas	Secuenciación – Relación – Toma de decisiones	
E	Memoria	Visual – Verbal-auditiva	Retención Audio Verbal y Visual Regulación y Control
	Lenguaje	Morfosintaxis	
	Funciones Ejecutivas	Relación	
G	Orientación	Temporal – Espacial	Retención Audio Verbal y Visual Regulación y Control Cinético
	Atención	Visual	
	Memoria	Visual – Verbal-auditiva	
	Lenguaje	Fonología – Morfosintaxis	
	Praxias	Motricidad Gruesa – Motricidad fina – Construccionales	
	Funciones Ejecutivas	Relación	

D	Orientación	Temporal	Retención Audio Verbal y Visual Regulación y Control Cinético
	Atención	Auditiva	
	<i>Memoria</i>	Visual – Verbal-auditiva	
	<i>Lenguaje</i>	Fonología – Morfosintaxis – Semántica – Seguimiento de instrucciones	
	<i>Praxias</i>	Motricidad gruesa – Motricidad fina – Construccionales	
A2	<i>Funciones Ejecutivas</i>	Secuenciación – Relación	Retención Audio Verbal y Visual Regulación y Control Cinético
	<i>Orientación</i>	Temporal – Espacial	
	<i>Atención</i>	Visual – Auditiva – Dividida	
	<i>Memoria</i>	Visual – verbal-auditiva – Remota	
	<i>Lenguaje</i>	Fonología – Morfosintaxis – Semántica – Seguimiento de instrucciones	
	<i>Praxias</i>	Motricidad gruesa – Motricidad fina gruesa Construccional	
	<i>Funciones ejecutivas</i>	Secuencias – Relación – Toma de decisiones	

Para determinar cuáles fueron los déficits presentes en cada una de las unidades, se tuvo en cuenta los resultados cuantitativos, en los que se dio una puntuación de 1 y 0, siendo:

1= realiza el proceso adecuadamente y

0= realiza el proceso con dificultad

Al hacer el conteo total se obtiene como resultados los porcentajes exactos de cuáles son las fortalezas y déficits del total de pacientes por cada unidad.

De acuerdo a los resultados encontrados, los factores neuropsicológicos en déficit son: *Retención*

Audio Verbal, Retención Visual, Regulación y Control, Organización Secuencial de movimientos y acciones (Factor Cinético), Síntesis Espaciales (Percepción Espacial global y analítica). Es decir, dicho programa de rehabilitación está enfocado en factores neuropsicológicos.

Se hizo necesario ubicar los factores neuropsicológicos en las zonas cerebrales correspondientes, permitiendo focalizarse en las acciones que se encuentran alteradas en el funcionamiento de dichas zonas como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Localización de los factores neuropsicológicos identificados

Factor	Zonas Cerebrales
Retención Audio Verbal	Lóbulos temporales y conexiones con el hipocampo
Retención Visual	Lóbulos occipitales
Regulación y Control	Lóbulos frontales(dorso lateral – orbito frontal)
Factor Cinético	Zonas prefrontales (premotora)
Síntesis Espaciales	Lóbulos Temporo-parieto-occipitales

Programación y control: garantiza el proceso de ejecución de una tarea de acuerdo al objetivo (instrucción o regla) establecido. Imposibilidad para ejecutar una tarea de acuerdo al objetivo (instrucción o regla) establecido.

Cinético: organización secuencial de movimientos y acciones. Garantiza el paso fluente de un movimiento a otro, inhibe el eslabón motor anterior para el paso flexible al eslabón motor posterior.

Dificultades en todas las acciones que requieren del componente motor en su ejecución y conservación de las acciones que no requieren de dicho componente.

Retención audio-verbal: garantiza la estabilidad de las huellas mnésicas (volumen de percepción) en la modalidad audio-verbal en condiciones de interferencia homo y heterogénea.

Inestabilidad de las huellas mnésicas (reducción del volumen de percepción) en la modalidad audio-verbal en condiciones de interferencia homo y heterogénea.

Dificultades en todas las acciones verbales orales y escritas que incluyen como componente la conservación de las huellas mnésicas y ejecución adecuada de acciones que incluyen el plano perceptivo no verbal.

Retención visual: garantiza la estabilidad de las huellas mnésicas (volumen de percepción) en la modalidad visual en condiciones de interferencia homo y heterogénea.

Inestabilidad de las huellas mnésicas (reducción del volumen de percepción) en la modalidad visual en condiciones de interferencia homo y heterogénea.

Dificultades en todas las acciones que incluyen como componente de conservación de las huellas mnésicas y ejecución de tareas que se relacionan con la modalidad auditiva.

Síntesis espaciales: garantiza la percepción y producción adecuada de rasgos esenciales y su ubicación y las relaciones espaciales entre los elementos de la situación. Dificultades en todas las acciones que requieren del análisis perceptivo específico, incluyendo las acciones verbales, orales y escritas y las acciones gráficas.

En cuanto a los resultados encontrados en la fase de intervención, estos están encaminados a la respuesta de las pacientes frente al programa de rehabilitación neuropsicológica que fue construido teniendo en cuenta los resultados de la fase de evaluación, por tanto, se configuraron una serie de hallazgos neuropsicológicos relacionados a las fallas de los procesos cognitivos presentes en las pacientes. A continuación se indica la Tabla 3 de dichos hallazgos.

Tabla 3. *Hallazgos neuropsicológicos*

Unidad	Proceso	Tipo de error (síntomas)	Factor neuropsicológico debilitado	Estructuras cerebrales implicadas
B E D G A2	Memoria	Pobreza de vocabulario	Retención Audio Verbal y visual	Zonas Temporales Medias del Hemisferio Izquierdo
		No retiene la instrucción verbal		
		No logra proveer significado a las palabras		
	Lenguaje	No relaciona conceptos	Retención verbal	Zona temporo - Parieto-occipitales del Hemisferio Izquierdo
		No logra recuperar el léxico		
		No comprende la instrucción		
		No organiza frases complejas	Análisis y Síntesis Verbal	
		Fallas en la conceptualización		
		No logra la escritura espontánea		
		Parafasias verbales – semánticas		
		Pobreza semántica		
		Fallas en la expresión		
		No logra comprender órdenes verbales sencillas o complejas		
		No discrimina el manejo espacial del lenguaje		
	Praxias	No disociación mano – antebrazo	Cinético / frontales	Zonas parietales del hemisferio izquierdo
		Falla en tareas de bucle cerrado		
		Fallas en la coordinación motora y fina		
	Función ejecutiva	Ausencia de planeación y organización de la tarea	Regulación y control	Lóbulos frontales(dorso lateral – orbito frontal)
		No logra proveer significado a las palabras		
		Actúa de forma impulsiva y poco controlada		
		No verifica su actividad		
		Respuestas poco ordenadas		
		Pobre capacidad de selectividad e inhibición		

A partir de ello, fue necesario construir una serie de ejercicios de rehabilitación que apunten a estos fallos encontrados en la población en estudio. Por tanto, se construyó el programa de Rehabilitación Neuropsicológica que tuvo como objetivo favorecer una adecuada organización y regulación en los procesos que realizan las pacientes; especialmente, todas las acciones que requieren un análisis perceptivo específico, incluyendo las acciones

verbales, orales y gráficas que favorecerán su comprensión y una mejor ejecución de tareas cotidianas en situaciones del contexto hospitalario.

4. Discusión

Implementar un programa de Rehabilitación Neuropsicológica se convierte en una herramienta fundamental que permite configurar un perfil neuropsicológico, que da pie a conocer los puntos

débiles y fuertes del paciente, punto importante para elaborar acciones terapéuticas centradas en el perfil neuropsicológico, así como lo mencionan Carrión (1994), Muñoz y Tirapu (2001), quienes distinguen diferentes orientaciones en el proceso de rehabilitación neuropsicológica: la restauración de la función dañada, compensación de la función perdida y optimización de las funciones residuales.

El aporte de estos autores permite hacer una interpretación significativa del trabajo que se puede realizar después de implementar un programa de rehabilitación neuropsicológica, ya que se pueden llevar a cabo diversas acciones que complementan la rehabilitación dirigida a los pacientes.

Por tanto, se recomienda desarrollar estrategias y técnicas como lo proponen Anderson (1994), agrupadas en tres niveles diferentes:

1. **Restauración:** se estimula y mejora las funciones cognitivas alteradas mediante la actuación directa sobre ellas.
2. **Compensación:** se asume que la función alterada no puede ser restaurada y, por ello, se intenta potenciar el empleo de diferentes mecanismos alternativos o habilidades preservadas.
3. **Sustitución:** el aspecto central de la intervención se basa en enseñar al paciente diferentes estrategias que ayuden a minimizar los problemas resultantes de las disfunciones cognitivas, tal y como se realiza, por ejemplo, cuando se enseña a los individuos a utilizar diferentes ayudas externas.

Con estas técnicas se apunta a mejorar la función por medio del tratamiento de los déficits subyacentes, a través de las actividades sistemáticas que se deben desarrollar, con lo cual se quiere reforzar las habilidades presentes en el paciente en base al ejercicio y la práctica repetida. Según Cicerone (2002 citado en Mateer, 2003), la ejercitación de funciones cognitivas requiere: combinarse con retroalimentación, utilizar tareas en jerarquía de complejidad, seleccionarlas de acuerdo al daño específico (y no en base a programas standards), así como establecer medidas de resultados acordes a las expectativas del paciente y el terapeuta.

Estas estrategias complementan el trabajo iniciado en el hospital psiquiátrico, permitiendo llevar a cabo

un proceso evaluativo permanente a los pacientes valorados y de esta manera, darle continuidad al trabajo de rehabilitación neuropsicológica, así como lo menciona Castillo (2002), la secuencia y la frecuencia de la rehabilitación son factores importantes para maximizar el éxito funcional del paciente.

A partir de lo anterior, cabe señalar que todo esto puede ser posible si se realiza un trabajo comprometido por parte del equipo interdisciplinar del hospital, desarrollando actividades de capacitación en el área de rehabilitación neuropsicológica, que permita someter a una evaluación periódica sobre la aplicabilidad, utilidad, ejecución y resultados encontrados durante todo el proceso de rehabilitación hacia el paciente, esto con el fin de generar discusión e intercambio de ideas por parte de los equipos interdisciplinarios en torno al trabajo de rehabilitación implementado, con el fin de mejorar el desarrollo de las estrategias de rehabilitación neuropsicológicas.

5. Conclusiones

Utilizar el protocolo de evaluación cognitiva y el programa de rehabilitación neuropsicológica como herramientas neuropsicológicas, permitió implementar técnicas no invasivas ni traumáticas para el paciente, en el sentido en que el examinador puede, en virtud de las necesidades del caso, priorizar la indagación sobre algún aspecto de las funciones mentales del paciente y acomodarse a las características del contexto y de la población en sí, siendo esta experiencia de crear los propios reactivos para evaluación e intervención, una guía para los contextos psiquiátricos que deseen implementar este modelo de atención.

Se hace necesario que se incluya la rehabilitación neuropsicológica como un modelo de atención en donde es importante que se realice de manera individualizada, de manera que se pueda lograr la potencialización de las funciones cognitivas de los pacientes, así como también su nivel de funcionalidad, ayudando a factores motivacionales, emocionales, es decir, llegar a un abordaje integral.

Lo anterior emerge en el momento de adaptar un instrumento de evaluación neuropsicológica a una población psiquiátrica, cuando muchos de los ítems de las pruebas a aplicar son evidentemente inadecuados para representar el constructo a

medir. Los reactivos creados deben ser diseñados teniendo en cuenta las características específicas de la población, es decir, el tipo de patologías que presentan y el tratamiento farmacológico que reciben, aspectos que influyen en los procesos cognitivos que el paciente desarrolla.

Generar un plan de rehabilitación neuropsicológica en un contexto en el que no existen referentes institucionales de este tipo, ha representado un gran reto, al diseñar un modelo de atención que salga de las limitaciones de los modelos clásicos que no alcanzan a responder las necesidades específicas de los pacientes, con elementos contextualizados; implicando un trabajo en equipo que realiza un acompañamiento continuo al paciente saliendo de la visión lineal médica e incluyendo un abordaje integral.

Este proyecto se convierte en un punto de partida en donde se evidencia el estado real del paciente y sus necesidades, implicando que en futuro se profundice en dichas necesidades, siendo un modelo dinámico, con flexibilidad y sensibilidad al contexto sometido a cambios. Trexler (2000) afirma que si bien ya parece ser un consenso que la neurorehabilitación es efectiva, y que los pacientes que ingresan a dichos programas muestran mayor independencia funcional que quienes no lo hacen, la heterogeneidad de la población exige indagar en qué intervenciones son más eficaces para diversos perfiles de pacientes.

Es pertinente que la planificación de dicho modelo cuente con personal capacitado, generando programas especializados que tengan en cuenta variables como: la funcionalidad, etiología, tipos de patologías, edad y género del paciente.

6. Conflicto de intereses

Las autoras de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses sobre el trabajo presentado.

Referencias

- Anderson, R. (1994). *Practitioner's guide to clinical neuropsychology*. Nueva York: Plenum Press.
- Bermejo, V. y Lago, M. (1994). Conceptualización del desarrollo. En: V. Bermejo (ed.), *Desarrollo cognitivo*. España: Síntesis.
- Castillo, A. (2002). Rehabilitación neuropsicológica en el siglo XXI. *Revista Mexicana Neurociencias*, 3(4), 223-229.
- Carrión, J. (1994). *Daño cerebral Guía para familiares y cuidadores*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Dudek, D., Zieba, A., Jawor, M. y Elverson, D. (2000). Estilo específico de pensamiento genérico y el curso de la depresión mayor en hombres y mujeres: un estudio de tres años en Polonia. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*, 38(1), 15-22.
- Figiacone, S. (2008). Abordaje neuropsicológico en pacientes con trastornos de ansiedad. Recuperado de http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo18/files/Abordaje_neuropsicologico_en_pacientes_con_trastornos_de_ans.pdf
- Flavell, J. (1985). Conocimiento. En: J. Flavell (ed.), *El desarrollo cognitivo*. España: Visor.
- González, R. (1985). Sintomatología. En: R. González (ed.), *Psiquiatría para médicos generales*. Cuba: Ediciones Ciencia y Técnica.
- Márquez, S. y Figiacone, M. (2002). "Trastorno obsesivo compulsivo: hacia un tercer espacio terapéutico". Conferencia en el *II Congreso Virtual del Colegio Argentino de Neuropsicofarmacología (CANP)*.
- Mateer, C. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 21, 11-20.
- Muñoz, J. y Tirapu, J. (2001). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Ricon, L. y Di Segni, S. (1991). Marco conceptual. En: L. Ricon (ed.), *Problemas del campo de la salud mental*. Argentina: Paidós.
- Trexler, L. (2000). Empirical Support for Neuropsychological Rehabilitation. En: A. L. Christensen & B. P. Uzzell (Eds.), *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation* (pp. 353 - 369). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Ylvisaker, M., Hanks, R. y Johnson-Greene, D. (2002). Perspectives on rehabilitation of individuals with cognitive impairment after brain injury: Rationale for reconsideration of theoretical paradigms. *J Head Trauma Rehabil.*, 17(3), 191-209.
- Wilson, B. (1997). Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be. *J Int Neuropsychol Soc.*, 3(5), 487-496.
- World Health Organization (WHO). (2002). Toward a common language for functioning, disability and Health. ICF. Recuperado de <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>