

La Rehabilitación a Través del Aprendizaje sin Error

Los pacientes que han sido diagnosticados con esquizofrenia exhiben una sintomatología muy específica que compromete diversas áreas de funcionamiento. A medida que la condición está más profundamente arraigada, se trata de un fenómeno que alcanza los niveles más profundos de la organización psíquica. En los casos de mayor compromiso la configuración neuropsiquiátrica completa se ha desarrollado de una determinada manera, lo que podría significar que el paciente requiera de fármacos estabilizadores de por vida. Es en especial en esos casos cuando emerge la oportunidad de dar apoyo un funcional que permita al paciente suplir adaptativamente las anomalías, en el encuadre y aceptación de que muy posiblemente su equilibrio psicobiológico se haya conformado de forma inherentemente distinta al de la norma poblacional.

La confusión entre sensación interna y estímulo externo, por ejemplo, se asocia a problemas que tienen una larga data en la historia del paciente, cómo lo son el control de las asociaciones, el desinvolucramiento social o la representación corporal (Luria, 1978, pp. 113). Frente a tal transversalidad estructural, a nivel psicológico, podemos esperar una tendencia reiterativa a presentar desadaptaciones conductuales y sociales. Es por esto que “el tratamiento de la

esquizofrenia es farmacológico en las fases agudas y durante el mantenimiento de la enfermedad, complementándose con intervenciones psicosociales en etapas posteriores (psicoterapia individual, rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, etc.)” (Bernardo & Bioque, 2015, p. 232). Al respecto, la Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación (2016) destaca especialmente el manejo de los síntomas negativos a través del apoyo psicosocial (p. 16) volviéndose entonces clave para la reinserción del propio paciente, el aprender estrategias que le permitan autogestionar adaptativamente las expresiones idiosincráticas de su condición particular. En esto último, el rol del psicólogo se define como apoyo y cómo facilitador.

En este mismo sentido, la rehabilitación cognitiva podrá jugar un papel crítico. De hecho, “el éxito de las otras intervenciones puede depender de que las capacidades cognitivas funcionen adecuadamente [, las que a su vez podrían] (...) predecir el éxito que un proceso de rehabilitación tendría” (López, 2002, pp. 52-53). Por ejemplo, la continuación y seguimiento de los programas de inserción y protección social pueden extraviarse debido a que el paciente presente problemas de memoria, atención o percepción, que no logró gestionar. Esto podría incluso afectar la continuidad de un tratamiento farmacológico, transformándose la anomalía cognitiva en un punto de inflexión en la evolución de todo el caso. Más aún, si “transformar lo abstracto en cosas concretas, es propio del pensamiento esquizofrénico” (Capponi, 1987, p. 65), evolutivamente, para el paciente esquizofrénico, considerando la tasa de suicidios, contar con adecuado apoyo para desarrollar la capacidad de rehabilitar su sistema cognitivo a un nivel que le permita insertarse socialmente pudiera eventualmente significar la diferencia entre la vida y la muerte.

El rol del psicólogo en el proceso de rehabilitación neurocognitiva en pacientes esquizofrénicos conecta directamente con permitirle al paciente disponer transformaciones a nivel del entorno, otorgándole mayor control a sus interacciones con su ambiente, y también con que pueda desarrollar estrategias compensatorias a nivel cognitivo-conductual. Apoyado sobre la plasticidad neuronal, se busca el resguardo de las funciones ejecutivas y de los procesos clave cómo la memoria o la atención.

En cuanto a esto último y basado en el principio de Hebb, una técnica que destaca dentro de dicha rehabilitación es el *Aprendizaje sin Error*. Esta se utiliza especialmente cuando se trata de pacientes que tienen compromiso a nivel de la memoria declarativa. El objetivo es permitirles apoyarse en la memoria procedural para reforzar el aprendizaje.

En 1999, O'Carrol et. al. hacen hincapié en que cuando se evita que los pacientes esquizofrénicos con impedimentos de memoria cometan errores durante el aprendizaje, o que tengan que recurrir a adivinar, se aumenta significativamente el desempeño de su memoria (p. 110). El rol del psicólogo en este contexto es permitirles ir, muy gradualmente, complejizando las tareas que requieran aprenderse, evitando que los saltos de dificultad provoquen un error que, desde la teoría, puede tender a condicionar la conducta equivocada debido a que el impedimento en la memoria evita que el paciente pueda recordar el hecho de que el comportamiento no era el esperado. Esto es, la primacía del reforzamiento clásico sobre el operante demanda del rol de psicólogo la especial atención en el hecho de que al cometer errores, aunque exista un castigo, estos pueden complicar el proceso, cuestión que puede ser compensada a través de la técnica.

Como contraste, una segunda técnica de rehabilitación neurocognitiva es la *Remediación a través de la Educación Neuropsicológica (en inglés NEAR)*. Esta técnica se toma de una perspectiva integral, combinando sesiones de rehabilitación psicoeducativa, con discusiones grupales que ocurren luego del proceso. La idea es que los participantes comprendan cómo generalizar las habilidades que han practicado hacia escenarios de la vida real, generando *insight*. De acuerdo a Medalia & Freilich (2008), una premisa fundamental en este enfoque es que la rehabilitación es un proceso de aprendizaje que se beneficiará de la incorporación de los principios educativos en la aplicación de las técnicas de instrucción (p. 123) por lo que el rol de psicólogo se asocia al manejo de las técnicas psicoeducativas y su aplicación.

El pensamiento en la esquizofrenia puede aparecer cómo disgregado. “Por la irrupción de lo que llama Paul Schilder las ideas secundarias (...) [puede expresarse en] neologismos, pararespuestas, estereotipias, verbigeraciones, bloqueos, gusto para las metáforas, el ritmo, frases melódicas y todo en el ambiente afectado y bizarro del esquizofrénico” (Capponi, 1987, p. 69). Aquí, al enfocarse social, holística y motivacionalmente, no necesariamente se busca la normalización de cada proceso o función separadamente. El rol del psicólogo se dirige a facilitar una adaptación especializada, un aprendizaje para el propio caso, por medio de los propios recursos y las propias flexibilidades. Consistente con la idea de un aprendizaje significativo y la autogestión funcional, resulta esencial entonces potenciar el autoestima pues, dependiendo del caso, la sintomatología pudiera estar determinada a nivel bioestructural, insusceptible a la total normalización, requiriendo este manejo *ad hoc*.

Bibliografía

- Bernardo, M & Bioque M. (2015). Capítulo 17, Esquizofrenia. En *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. (Octava edición) (pp. 226-233). España: Editorial Masson.
- Capponi, R. (1987) *Trastornos en la Estructura del Pensamiento*. En *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica* (pp.64-69) Santiago: Editorial Universitaria
- López, B. (2002) *Rehabilitación Cognitiva en Esquizofrenia, Aplicación del APT (Attention Process Training)* Madrid: Universidad Complutense de Madrid
- Luria, A. (1978) *A Bias Favoring Sensory Input*. En *Consciousness and Self-Regulation, Advances in Research and Theory* (pp. 112-113) Nueva York: Plenum Press
- Medalia, A., & Freilich, B. (2008). The Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation (NEAR) model: practice principles and outcome studies. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(2), 123-143.

O'Carrol, R., Russell, H., Lawrie, S., & Johnstone, E. (1999). Errorless learning and the cognitive rehabilitation of memory-impaired schizophrenic patients. *Psychological medicine*, 29(1), 105-112.

Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación (2016). Trastornos psicóticos. *Psiquiatría*.

Lea esto primero (Semana 2).