



Reflexiones entorno a la competencia ocupacional de la persona con trastorno esquizofrénico

★ Resumen

Este artículo presenta una reflexión sobre las dificultades de las personas con trastornos esquizofrénicos para lograr la competencia ocupacional. Centra su atención en las alteraciones cognitivas y sus repercusiones en el desempeño ocupacional, el concepto de competencia ocupacional y su directa relación con las expectativas del entorno, así como en la necesidad de privilegiar el análisis del contexto y de la ocupación para el logro de la competencia.

Pretende contribuir en la construcción de parámetros a tener en cuenta para que el terapeuta ocupacional que desarrolle procesos de rehabilitación integral, reconozca que la intervención debe partir de factores individuales, ocupacionales y ambientales.

★ Palabras claves

Esquizofrenia - Cognición - Competencia Ocupacional.

★ Introducción

La disminución de la competencia ocupacional, representa uno de los principales problemas para los equipos de rehabilitación una vez se ha realizado el proceso de estabilización de la crisis y durante el curso de la enfermedad.

El tratamiento de las personas con Esquizofrenia ha sido una constante

CLAUDIA MARCELA ROZO REYES
Terapeuta Ocupacional
Especialista en Docencia Universitaria
Universidad del Rosario
Directora Programa de Terapia Ocupacional
Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano
Universidad del Rosario

preocupación de los equipos interdisciplinarios en salud mental. Para los terapeutas ocupacionales ésta ha sido además una población muy importante, tal vez por representar un alto reto para los procesos de rehabilitación integral, entendida como la posibilidad de restaurar y compensar las habilidades y ubicar a la persona laboralmente permitiéndole ser participante en su ambiente.

Los modos de explicar y enfrentar la enfermedad han sido múltiples, reconociendo además que son personas con un alto nivel de vulnerabilidad al ambiente y que presentan importantes alteraciones biológicas y bioquímicas que producen los cambios de conducta y dificultades cognitivas.

La esquizofrenia fue descrita en 1893, por el psiquiatra Emil Kraepelin, cuando la definió como una “Demencia Precoz”, a la cual le atribuyó un curso desfavorable y la presencia de síntomas residuales que afectaban el desarrollo de la vida las personas que la padecían.

En 1911, Bleuler red denominó la enfermedad por el término de esquizofrenia, al considerar la notable escisión entre los ideas y la realidad, dado que esquizofrenia significa “mente dividida”.

Sobre el inicio de la enfermedad la literatura reporta una edad entre los 15 a los 45 años y unas tasas de prevalencia entre el 0,2 y 2% de la población mundial, sin existir diferencias significativas entre distintos países. En Colombia el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental de 1997, mos-

tró una prevalencia en el último año de 0.6%, y una prevalencia de vida del 1.4%, con mayor frecuencia de presentación en los departamentos de Guajira, Córdoba, Quindío y Magdalena.

La sintomatología comprende dificultades en el pensamiento, manejo de las emociones y el comportamiento, que alteran el curso de la vida de la persona y la conducen a disminuir su capacidad de socialización, de desempeño ocupacional y de disfrutar aquellas actividades que le permiten ser un participante activo del ambiente.

Adicionalmente se han realizado clasificaciones, de acuerdo con la presencia y permanencia de tales síntomas durante el proceso mismo de la enfermedad, en síntomas positivos y negativos.

Los síntomas positivos se caracterizan por alucinaciones, delirios, trastornos en el pensamiento, angustia, excitabilidad, insomnio, comportamiento agresivo o agitado, inquietud corporal, conductas repetitivas, entre otras.

Los síntomas negativos, que aparecen en las dos terceras partes de la población, alteran los ámbitos social, laboral y familiar. Se manifiestan en apatía, pobreza afectiva o afecto inapropiado, alogia, abulia, anhedonia, problemas en la atención y concentración, descuidan sus hábitos de aseo personal, así como dificultad para establecer y mantener relaciones afectivas.

El concepto inicial de Kraepelin asociaba la enfermedad con un progresi-

vo trastorno neurocognoscitivo¹, que se extiende a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

Sin embargo la literatura reporta que los síntomas negativos, no aparecen solamente a partir del inicio de la enfermedad, sino que el funcionamiento previo de la persona, ya presentaba características que mostraban algunos de los comportamientos reportados anteriormente (síntomas negativos) y relacionan también un mejor pronóstico, cuando el funcionamiento previo era mejor.

Luego de la primera crisis, se hace más evidente un funcionamiento global bajo, en aspectos como el afecto, el comportamiento, la interacción y la integración a los contextos familiares y laborales. Además la familia y el ambiente social en general, dedica mayor atención a la persona, lo que hace que sean más evidentes las diferencias respecto al modo de actuar previo.

Durante los últimos años, el avance de los tratamientos farmacológicos ha representando un gran progreso para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad. El efecto sobre los síntomas po-

sitivos es más rápido y con menores efectos secundarios sobre la persona, facilitando que los procesos de hospitalización total sean mas cortos. Sin embargo, el tratamiento farmacológico no modifica los síntomas negativos, afectivos y cognoscitivos presentes en la esquizofrenia. Los antipsicóticos atípicos, han demostrado algún efecto sobre los síntomas negativos, disminuyendo la intensidad de los síntomas afectivos y cognoscitivos, pero no tiene un efecto sobre las alteraciones cognoscitivas residuales y el deterioro social que se produce².

Las dificultades cognoscitivas que la persona enfrenta lo lleva progresivamente a un deterioro social, dado que, cuando las personas tienen menores habilidades organizativas, presentan menores probabilidades para el manejo de las exigencias de la vida diaria. Los síntomas negativos se perfilan como los mayores productores de dificultad para la integración social.

Adicionalmente, existen alteraciones afectivas relacionadas con su motivación y voluntad que afectan directamente la iniciativa y capacidad para terminar las acciones emprendidas.

¹ López-Mato, Andrea. Malagold, Sara. Trastornos cognoscitivos en las esquizofrenias. En: Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. Lopez-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001. Pág. 127.

² Téllez-Vargas, Jorge. Tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Revista: Avances en Psiquiatría Biológica, Vol. 4, 2003.



El deterioro cognoscitivo

La pretensión de ésta revisión es centrarse en las alteraciones cognoscitivas, por encima de otras que sin duda tienen igual valor en la representación de la enfermedad.

Las dificultades en el proceso cognitivo son reportadas por López-Mato y Malagold (2001), específicamente en atención, memoria y funciones ejecutivas.

Las alteraciones en la atención que reportan las autoras comprenden fallas en la selección y focalización del estímulo, incapacidad para priorizar la información y dificultades para manejar varios estímulos simultáneamente. Además las fallas atencionales se hacen más evidentes cuando existen exigencias progresivas de complejidad y tiempo.

Así mismo, las fallas en memoria reportadas involucran deterioro en tareas que exigen memoria verbal y no verbal y dificultades en la capacidad de aprendizaje de información verbal y no verbal (memoria declarativa), pero pueden aprender habilidades procedimentales que involucren el componente motor (memoria procedimental).

Otro de los compromisos de memoria está representado por el uso de la información a corto plazo y la organización de la misma mientras ejecuta una tarea (memoria de trabajo) (López-Mato, Malagold 2001).

En cuanto a las funciones ejecutivas las fallas se relacionan con la capacidad de planear, iniciar y organizar el comportamiento, por ello las personas con esquizofrenia se muestran poco activas y tienen dificultades para resolver problemas a partir de la información disponible.

Estas alteraciones cognoscitivas, no mejoran con el tratamiento neuroléptico clásico³, por el contrario se aumentan con el paso de los años y con tratamientos intrahospitalarios prolongados.

Las dificultades cognoscitivas deben ser valoradas a fin de establecer su grado de interferencia en el desarrollo de las actividades o sobre la competencia ocupacional, ello permite establecer planes de acción concretos sobre las necesidades de la persona, establecer formas de enseñanza y modos de reconocer el impacto del trabajo terapéutico.

³ López-Mato, Andrea. Malagold, Sara. Trastornos cognoscitivos en las esquizofrenias. En: Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. Lopez-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001. Pág. 127.



La competencia ocupacional

Para Terapia Ocupacional la búsqueda del desempeño ocupacional competente de la persona, es el objetivo de la aproximación terapéutica, así como el uso de la ocupación para restaurar el bienestar físico, cognoscitivo, emocional y social de los usuarios.

El concepto de *Competencia Ocupacional*, fue propuesto por Mocellin y ésta significa la ejecución exitosa de acciones que tienen un propósito y un nivel aceptable, pero no necesariamente perfecto de logro⁴.

La concepción de competencia se vincula de manera importante con conceptos como la funcionalidad o disfuncionalidad, y en esos términos es importante reconocer el concepto de *Disfunción Ocupacional* "la cual se refiere a fallas o dificultades para ejecutar patrones ocupacionales saludables"⁵ (Kielhofner 1997).

El concepto de competencia ocupacional incluye los componentes objetivo y subjetivo. En la persona con esquizofrenia, la competencia ocupacional se encuentra disminuida por cuanto implica un *componente objetivo* (Mocellin 1992), referidos a la forma como las acciones que se ejecutan, son permanentes y generalizables a diferentes

situaciones con cierto grado de modificación.

Así las personas con esquizofrenia, con una alteración en las funciones ejecutivas, memoria y atención, tendrían menores opciones de generalizar los comportamientos aprendidos y utilizarlos en otras situaciones cuando el contexto es cambiado, elemento de singular importancia en la consideración de los procesos de capacitación para un empleo o la reubicación laboral de una persona.

Adicionalmente el *componente subjetivo* contempla la satisfacción y reconocimiento sobre la eficacia y comodidad que brinda la ejecución de las acciones dentro de los contextos⁶.

En éste proceso es necesario tener en cuenta cómo los cambios afectivos tales como la poca motivación y voluntad, que se producen a partir del curso del trastorno esquizofrénico, repercuten en la forma como las personas se perciben, no solo por las pérdidas y disminución de las capacidades a las cuales se ven enfrentados, sino también al componente biológico que asocia la presencia de depresión en las personas con esquizofrenia⁷. Esto crea

⁴ Citado en: HAGERDORN, Rosemary. OCCUPATIONAL THERAPY: Perspectives and Processes. Churchill Livingstone. 1995. Pág. 58.

⁵ KIELHOFNER, Gary. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. Second Edition. F.A. Davis. Philadelphia. 1997. Pág. 63.

⁶ HAGERDORN, Rosemary. OCCUPATIONAL THERAPY: Perspectives and Processes. Churchill Livingstone. 1995. Pág. 59.

⁷ SOTO, Hugo. Depresión y Esquizofrenia. En: López-Mato, Andrea. Malagold, Sara. Trastornos cognoscitivos en las esquizofrenias. En: Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizo-

sentimientos de frustración permanentes, que incluso pueden llevar al paciente al suicidio, en un intento por poner fin a su situación particular.

Ante la panorámica expuesta es posible construir la idea de una disfunción en la competencia ocupacional de las personas que presentan un trastorno esquizofrénico, que los llevan a alterar igualmente sus **patrones ocupacionales**, dado que no pueden reproducir el modelo comparativo de la secuencia que deben tener las actividades diarias.

Sin embargo el problema de la disfunción en la competencia ocupacional de la persona esquizofrénica, no está presente solamente a partir de la aparición de la primera crisis, ya que estudios realizados por Ho y Cols., encontraron una importante correlación entre la aparición de síntomas negativos severos y una pobre calidad de vida previa: Desempleo, dependencia financiera de sus padres, escasas o nulas relaciones con amigos y escasa participación en actividades de ocio⁸.

La disfunción en la competencia ocupacional tiene unas consecuencias multidimensionales que afectan más allá de la esfera personal inmediata del ser humano, trascendiendo al entorno familiar y los sistemas de seguridad social de los países, por la pérdi-

da de fuerzas productivas y el costo de salud que ello representa.

Un valor agregado de Terapia Ocupacional, es su misión de prevenir y disminuir el impacto de la disfunción ocupacional en las personas que la sufren y en las sociedades, por ello es necesario generar procesos que promuevan la re-adquisición de la competencia ocupacional perdida o no generada a partir de las necesidades y la consideración de los aspectos socioculturales de la enfermedad y la ocupación.

Para ello, en el trabajo con la persona con esquizofrenia, el terapeuta deberá reconocer aquellos aspectos que afectan directamente la capacidad cognitiva y emocional y así trabajar sobre aquellos elementos que requiere en una ejecución ocupacional competente, en su medio social y comunitario.

frenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. López-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001. Pág. 141.

⁸ Citado en: Revista Avances, Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Jorge Téllez-Vargas. Pág. 119.





Aspectos socioculturales asociados a la competencia ocupacional en el trastorno esquizofrénico

La calificación de funcionalidad o no, de la competencia ocupacional está estrechamente relacionado con los conceptos culturales que envuelven a la persona y que representan la óptica a partir de la cual se interpretan las condiciones de adaptación al ambiente.

Las características de los grupos culturales pueden determinar el curso e incluso el pronóstico de una enfermedad. La oferta o carencia de recursos asistenciales y la aceptación de los miembros de la sociedad de una persona que sufre una discapacidad, centran la atención en la consideración de la discapacidad como fenómeno social. Sin embargo, el terapeuta debe establecer los parámetros de funcionalidad de la Competencia Ocupacional, a partir de la consideración de la persona como un ser único, con una historia y un proceso particular.

A partir de ello, se pueden establecer las condiciones para facilitar no solo la inclusión, sino la participación social de las personas con trastornos mentales.

Las actitudes sociales frente a la esquizofrenia, llevan a las familias a experimentar sentimientos de rechazo, temor y culpa, que disminuyen las posibilidades de la persona con trastorno mental, para recibir un tratamiento oportuno y brindarle oportunidades para seguir siendo parte no solo de su grupo familiar, sino de aquellas ac-

tividades que se desarrollan en la comunidad, afectando las posibilidades de desempeño ocupacional.

En las familias son frecuentes las reacciones de duelo, por las pérdidas que experimentan sobre la personalidad de su pariente enfermo, dada la vivencia del aislamiento y pobre contacto que comienza a mantener este miembro, como también por el rechazo social que genera la persona con discapacidad mental⁹.

Para la familia y la persona misma, la limitación en la prospección ocupacional, representa una pérdida importante, que conduce a sentimientos depresivos, especialmente cuando el paciente se enfrenta a repetidas experiencias de frustración y fracaso.

La re-adquisición de los roles ocupacionales, representa el reto más importante en el trabajo que desarrollan los terapeutas ocupacionales con la persona con un trastorno esquizofrénico. Por un lado la determinación de las habilidades presentes en la persona y por otro la adaptación del ambiente (incluyendo expectativas y tareas) que fo-

⁹ LEÓN-ANDRADE, Carlos. Aspectos Socioculturales de la Esquizofrenia. En: Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. López-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001. Pág. 98.

menten un desempeño ocupacional eficiente y eficaz.

Es posible pensar que el ambiente, es aquel elemento menos controlable y adaptable. Sin embargo un estudio piloto realizado por la OMS, señala una importante diferencia en las posibilidades de participación social a través de la actividad laboral de las personas con esquizofrenia. El estudio reportó cómo en los países mas desarrollados con mayores avances tecnológicos, las personas con trastornos esquizofrénicos presentaban mas rápidamente una cronificación de sus síntomas, frente a países en vía de desarrollo (entre ellos Colombia), donde existe mayor laxitud en el comportamiento y las necesidades económicas exigen el mantenimiento de la productividad del enfermo, disminuyendo la tendencia de cronificación¹⁰.

Es así como la ubicación laboral de las personas con trastornos esquizofrénicos, las sitúa hacia el desempeño de ocupaciones con bajos niveles de calificación. Esto está dado en gran parte por la baja formación académica que logran alcanzar y por el abandono frecuente de los empleos que obtienen¹¹.

Estudios realizados en Europa y Estados Unidos, revelan las importantes dificultades que tienen las economías de los países, para facilitar el acceso a empleos competitivos de las personas con trastorno mental, señalando que en aquellos lugares donde el ín-

dice de desempleo supera el 6 por 100, las posibilidades de alcanzar un empleo se encuentran seriamente limitadas¹². En el caso de Colombia el desempleo supera el 13 por 100, sin tener en cuenta las diversas formas de subempleo o de economía informal existentes actualmente, sobre lo cual es posible concluir, que las posibilidades de empleo en un mercado competitivo es una opción con pocas probabilidades de logro.

Frente a ello, la promoción de la salud a través de la ocupación, debe contemplar nuevas rutas, que actúen como agentes facilitadores de la participación social de las personas con discapacidad mental. En este sentido se pueden encontrar dos propuestas. Por un lado la búsqueda de la integración a un mercado laboral, que exige procesos de evaluación, orientación, capacitación y adaptación para la ubicación laboral y por otro la creación de "Empresas sociales", que orientan sus acciones a la conformación de formas de organización o asociación que atienden a las necesidades del mercado de forma competitiva, pero que no dejan de lado la consideración de la capacidad y habilidad de las personas que hacen parte de ella.

La viabilidad de cualquiera de las opciones dependerá en gran medida de la oferta del ambiente, pero es necesario reflexionar sobre los aspectos que se señalaron anteriormente y la búsqueda de la autonomía y el empoderamiento que debe hacer tanto la persona con el trastorno esquizofré-

¹⁰ Ibidem.

¹¹ SALVADOR CARULLA, Luis. Trabajo y esquizofrenia: aspectos conceptuales. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. 1996.

¹² Ibidem.

nico, como la familia, de la necesidad de mantenerse activo y competente a nivel ocupacional, como una forma de participar socialmente. El trabajo con el grupo familiar se convierte en la clave para los aspectos referidos de autonomía y empoderamiento.

En este sentido participar a través de la ocupación permite a las personas tomar conciencia sobre sí mismo y además *ocupar* el espacio que como ser social exige la convivencia en comunidad.

Si bien los aspectos socioculturales influyen en las posibilidades de ser competente en el ambiente, no se pue-

de dejar de lado el trabajo sobre las dificultades de orden cognoscitivo que afectan el logro de la competencia ocupacional. Esta es solo un área de trabajo, pero solo representa una de las dificultades que presenta la persona con esquizofrenia.

Es por ello necesario realizar procesos de rehabilitación cognitiva, que desde la perspectiva de Terapia Ocupacional faciliten la adquisición de habilidades y destrezas, necesarias para la funcionalidad de la competencia ocupacional, pero también trabajar sobre los demás componentes de la ejecución ocupacional, que permitan este objetivo.



Hacia la construcción de la Competencia Ocupacional de la persona con esquizofrenia

La competencia ocupacional exigen poner en juego muchos componentes de orden físico, cognitivo, emocional y social que se encuentran asociados y sobre los cuales establecer límites a sus alcances y aportes sería una labor que resultaría poco provechosa, teniendo en cuenta que se dirigen al mismo fin.

Sin embargo, en concordancia con el sentido que se ha presentado a lo largo de todo el artículo, se retoman aspectos relacionados con el deterioro cognoscitivo y por tanto la rehabilitación que de él se deriva.

Las alteraciones cognoscitivas son indicadoras y predictoras de la calidad de vida y adaptación al ambiente don-

de se desarrolla la persona¹³. Por ello la ejecución de las actividades cotidianas, estará mediada por una mayor capacidad de atención y memoria, que llevaran a la persona a comprometerse con su proceso de tratamiento, reconocer su sintomatología y evitar las recaídas, pudiendo así seguir una rutina con mayor facilidad y atender a las recomendaciones farmacológicas que se proponen desde el punto de vista médico.

¹³ López-Mato, Andrea. Malagold, Sara. Trastornos cognoscitivos en las esquizofrenias. En: Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. López-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001. Pág. 130.

Las intervenciones farmacológicas y de rehabilitación cognitiva dirigen sus acciones hacia el mismo fin, mejorar la calidad de vida de la persona, para el favorecimiento de la participación social.

Es entonces como los procesos deben darse simultáneamente, ya que existe evidencia, por ejemplo, de cómo el mejoramiento en procesos de memoria verbal y de autoestima aumentan la capacidad de interacción de la persona con esquizofrenia.

Un proceso de rehabilitación cognitiva parte de la consideración de la cognición como un proceso dinámico entre la persona, el ambiente y la tarea¹⁴.

Trogia plantea el uso del Modelo Interacción Dinámico, para hacer procesos específicos de rehabilitación cognitiva, que buscan establecer las capacidades de aprendizaje, de retención y organización de la información registrada, para que con base en ello se puedan orientar las capacidades de la persona para ejecutar la ocupación.

La fundamentación teórica del Modelo propone la consideración sobre los aspectos cognoscitivos de la persona, el ambiente y la tarea. Los aspectos cognoscitivos se establecen sobre la base de la búsqueda de las *estrategias de procesamiento* de la información, que son necesarias para el establecimiento del curso de acción, clasi-

ficando y dirigiendo la atención sobre las tareas que tienen mayor prioridad o que dadas las condiciones, deben organizarse de tal modo que permitan un desempeño eficiente.

En el trabajo con las personas con trastornos esquizofrénicos, es necesario reconocer las estrategias de procesamiento de la información que le permiten adquirir nueva información y conectarla con los esquemas previos para formar nuevos conocimientos que sean generalizables a distintas situaciones. El terapeuta ocupacional puede crear estrategias de procesamiento internas o externas que actúen como claves para recordar información o clasificarla y hacer que la persona pueda seguir la secuencia de acciones que implica una tarea (Trogia 1998).

Así mismo en éste Modelo dentro de las estrategias individuales se integra la *Metacognición*, que tiene una importante implicación sobre las funciones ejecutivas, dado que establece la conciencia sobre las vías que facilitan el aprendizaje, anticiparse y acomodarse para resolver los problemas y hacer un auto-monitoreo sobre las funciones mentales superiores que utiliza un individuo, para hacer aprendizajes duraderos y funcionales. Para el caso de las personas que presentan esquizofrenia, el terapeuta ocupacional deberá crear situaciones problemáticas a partir de las cuales las personas deban plantear alternativas de solución y que hagan un entrenamiento sobre las probabilidades de éxito que tienen las acciones que se desarrollen.

El trabajo en aspectos de la Metacognición, permite aprender de los

¹⁴ Trogia, Joan. Un Modelo dinámico interactivo para la rehabilitación Cognitiva. En: Cognition and Occupation in Rehabilitation. Katz Noomi. AOTA American Occupational Therapy Association. United States. 1998.

errores, persistir para encontrar soluciones y evitar la excesiva frustración, que conduzca a la persona a abandonar los procesos de rehabilitación o capacitación para el ingreso a cualquiera de las formas de empleo.

Adicionalmente, se deben contemplar las *características de la persona que aprende* y acudir al conocimiento previo que pueden tener, como una de las formas que estimulan la integración de nueva información y por tanto del aprendizaje. A tales características, se suma las necesidades, aspiraciones y modos a través de los cuales la persona ha podido incorporar con mayor facilidad los nuevos aprendizajes.

Para que el trabajo del terapeuta ocupacional sea útil es necesaria la activa participación de la persona en los procesos, lo cual dependerá del estado de ánimo, de la motivación que se tenga y del estado en el que se encuentren los procesos mentales superiores y las funciones ejecutivas de aquellos a quienes se dirige la asistencia. Con base a lo anterior una buena estabilización farmacológica y una red de apoyo que comprenda la problemática, podrá garantizar mejores resultados frente a las expectativas iniciales.

La construcción de la competencia ocupacional, dependerá de la habilidad del terapeuta ocupacional para establecer una interacción dinámica entre la persona, el ambiente y la tarea (Troglia 1998), lo cual exige la habilidad para mediar y privilegiar las estrategias personales, la modificación del contexto o de la ocupación para que la persona con una trastorno es-

quizofrénico pueda participar socialmente y "ocupar" el lugar que su identidad y la sociedad reclaman.

Así mismo el Modelo contempla el ambiente, el cual influencia la habilidad para el procesamiento de la información y las demandas para la adaptación. Es entonces necesario que el terapeuta haga un estudio del ambiente donde la persona ejecuta actualmente y hará a futuro su desempeño ocupacional, modificando el contexto en virtud de promover la competencia ocupacional.

Por último la tarea o la ocupación que ejecuta la persona debe ser también analizada para ser modificada en virtud de alcanzar un desempeño competente, de acuerdo con las capacidades existentes en la persona y acercándola a unos parámetros de ejecución significativos ante las expectativas ambientales. En la tarea es fundamental analizar las condiciones que disminuyen la eficiencia y que causan dificultades en el procesamiento de la información¹⁵. Además, es de vital importancia contemplar cómo las características de una tarea influyen en la habilidad para transferir el aprendizaje (Troglia, 1998), si las condiciones se pueden repetir o si los contextos son altamente variables con respecto a la situación real a aquella donde se realizará el desempeño laboral proyectado.

¹⁵ Ibidem. Pág. 13.

Bibliografía

1. Aspectos Neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Compiladores: Téllez-Vargas, Jorge. Lopez-Mato, Andrea. Nuevo Milenio editores. Bogotá. 2001.
2. TÉLLEZ-VARGAS, Jorge. Tratamiento psicosocial de la esquizofrenia. Revista: Avances en Psiquiatría Biológica, Vol. 4, 2003.
3. HAGERDORN, Rosemary. OCCUPATIONAL THERAPY: Perspectives and proceses. Churchill Livingstone. 1995.
4. KIELHOFNER, Gary. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. Second Edition. F.A.Davis. Philadelphia. 1997.
5. SALVADOR CARULLA, Luis. Trabajo y esquizofrenia: aspectos conceptuales. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. 1996.
6. KATZ, Noomi. Cognition and Occupation in Rehabilitation. AOTA American Occupational Therapy Association. United States. 1998

