

CONTINUARÁ...

TALLER

Programa Holístico de Rehabilitación Neuropsicológica para personas con déficits neuropsicológicos asociados al consumo de drogas" (PHRN.Drog).

II xornadas Neuropsicoloxía e Rehabilitación
Neurocognitiva en Drogodependencias. Vigo, 9-11-12

Adolfo Piñón Blanco



Programa Holístico de Rehabilitación Neuropsicológica

(Ben-Yishay, Prigatano, Christensen)

**Personas con déficits neuropsicológicos
asociados al consumo de drogas**

Programas Holísticos

(Malec y Basford, 1996)

- Aquellos programas de rehabilitación neuropsicológica que ofrecen tratamientos multimodales integrados y que enfatizan la mejora de la autoconciencia y la aceptación de la alteración del estatus de vida, junto con el entrenamiento de habilidades compensatorias para afrontar adecuadamente los déficits y discapacidades residuales.

Tesis doctoral: “Eficacia de un programa holístico de rehabilitación neuropsicológica para pacientes con daño cerebral adquirido”

Prof. Alfonso Caracuel Romero

MEMODADO

TAREAS DE
LAPIZ Y PAPEL

TRISQUEL

BATERIA
NEUROPSICOLOGICA

TRATAMIENTO
BIO-PSICO-SOCIAL

EVALUACION
NEUROPSICOLOGICA

MINDFULNESS

PESCO

HABILIDADES
SOCIALES- LIBERMAM

Ambiente o milieu terapéutico.

Diller y Ben-Yishay (2003)



Lo definen como la creación de un entorno seguro, regulado y predecible, que anime a los pacientes a abrirse y aceptar sus limitaciones, permitiéndoles responder de forma no defensiva.

El entorno físico debe ayudar a reducir la confusión y frustración y generar seguridad.

El personal tiene un papel fundamental en el establecimiento de un verdadero ambiente terapéutico (Prigatano, 1989)

Aprendices-Estudiantes



- Es un modelo de rehabilitación guiado por principios de aprendizaje y colaboración entre los pacientes y los profesionales (Christensen, 2000).
- Aprendices” (Ben-Yishay)
- Estudiantes (Christensen).

- 12 Semanas de tratamiento.
- 36 Sesiones.
- 3 sesiones semanales.
- 2 Horas por sesión.

Plan de trabajo

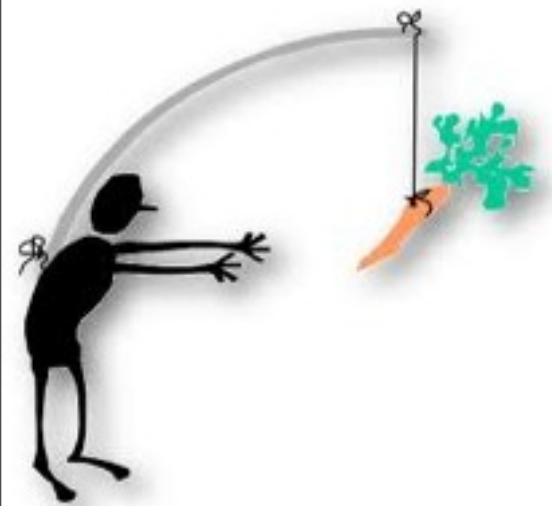
- Todas las sesiones están **estructuradas** en función de:
 - Los contenidos teórico/prácticos a trabajar.
 - La dificultad de las tareas.
- Principios:
 - Trabajar contenidos teóricos y prácticos
 - Dinámico y participativo.

IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LA FRUSTRACIÓN



FRUSTRACIÓN

FOMENTAR LA PARTICIPACION :



REQUISITOS DE LOS PACIENTES CANDIDATOS

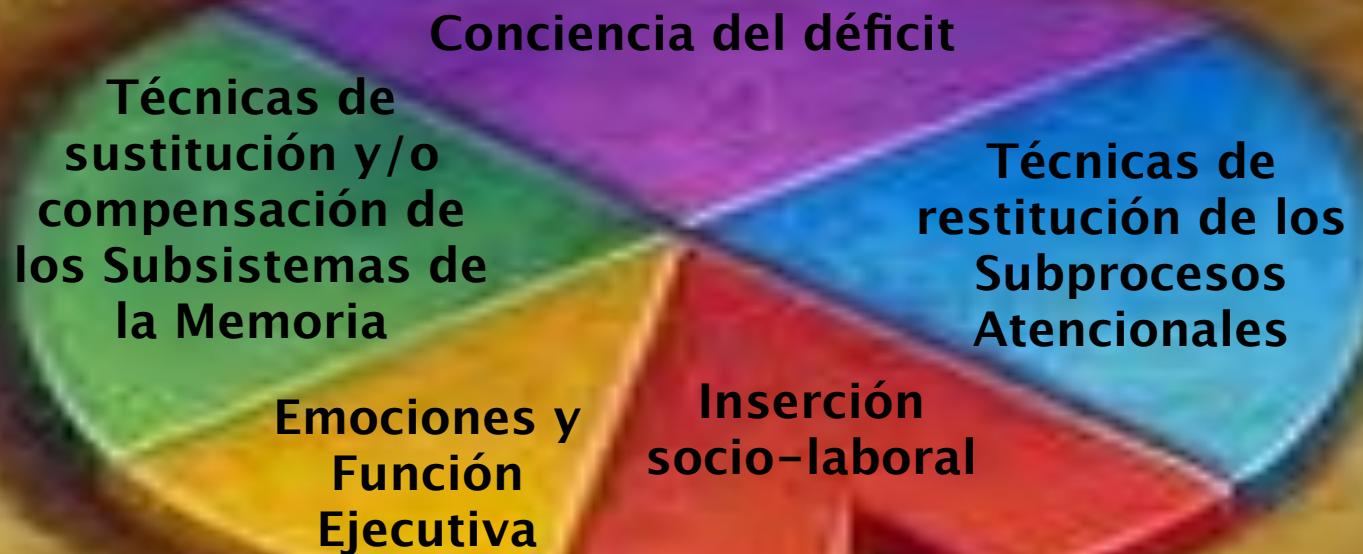


- Todos los pacientes de la Unidad Asistencial de Drogodependencias a tratamiento ambulatorio y semirresidencial, con mas de 3 meses de abstinencia, déficits cognitivos y de personalidad y con recursos suficientes para volver a un estilo de vida productivo, aunque no sea desempeñar un empleo remunerado.

Protocolo de inicio del PHRN.Drog

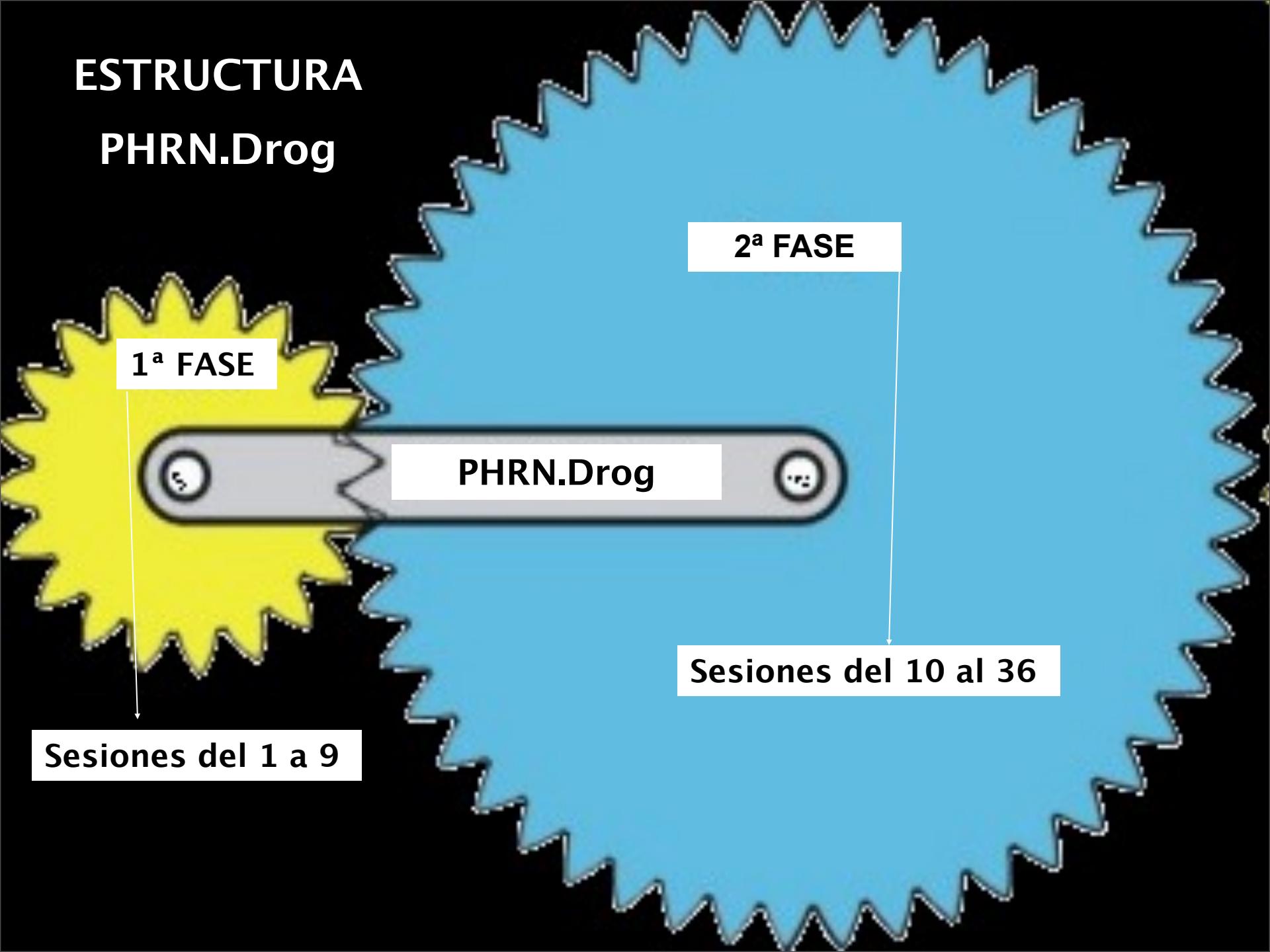
- Entrevista clínica.
- Valoración psiquiatrica y funcional.
- Evaluación neuropsicológica.
- Reunión de equipo.
- Asignación del paciente a un modulo de tratamiento.
- Lectura de la hoja informativa del proyecto y firma del consentimiento informado del estudio.

El Programa ha sido estructurado en cinco módulos de tratamiento:



ESTRUCTURA

PHRN.Drog





1^a FASE

- Modulo sobre la conciencia del déficit.
- Modulo sobre técnicas de restitución de los subprocesos atencionales.
- Modulo de técnicas de restitución, sustitución y/o compensación de los subsistemas de la memoria.
- Sesiones de evaluación pre:
 - Screening pre-estimulación del programa PESCO
 - Mindfulness.
 - Registros conciencia del deficit.

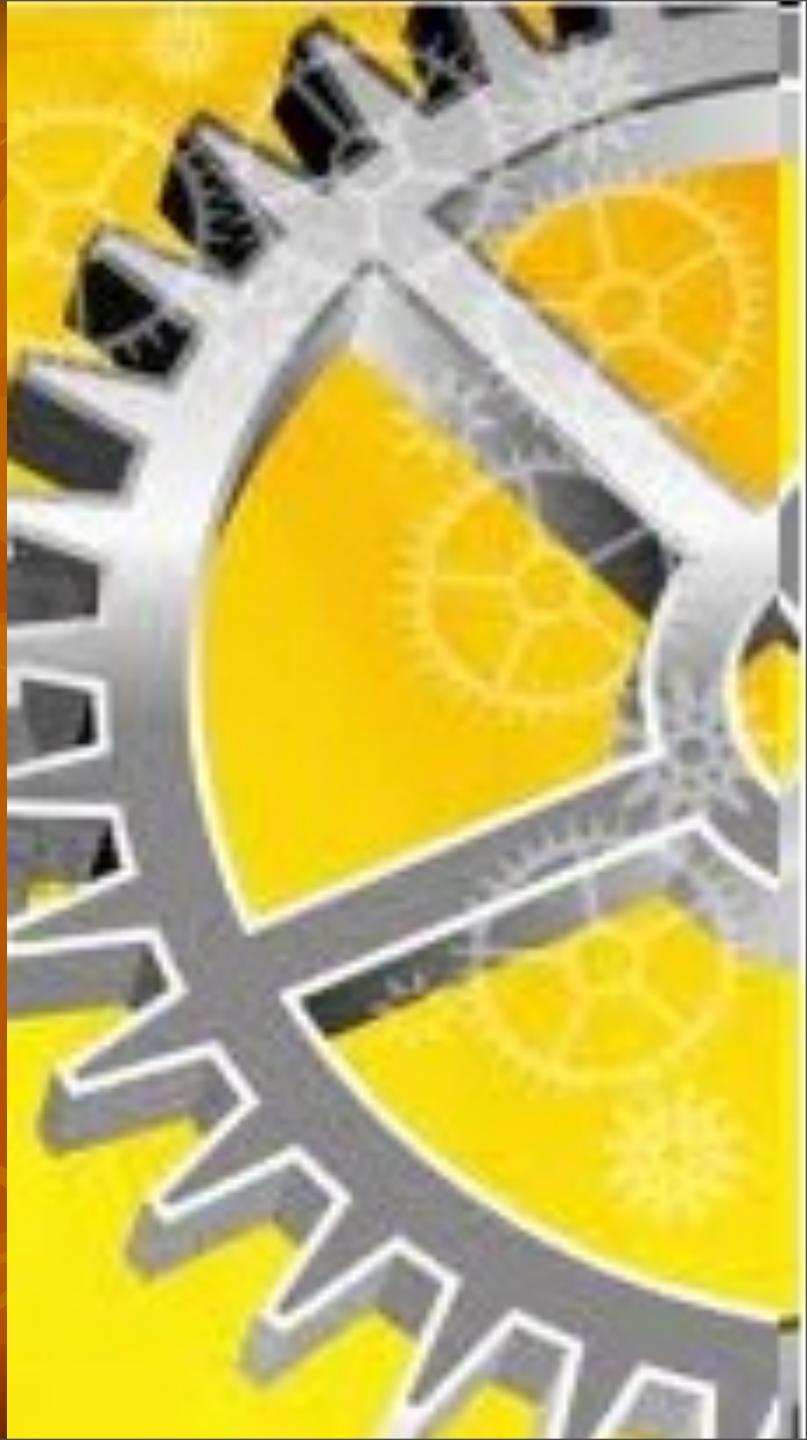


Objetivos Iniciales:

- Aceptación de la dinámica del programa por parte de los pacientes.
- Establecer un contexto (militar terapéutico)
- Continuidad en el programa.
- Alcanzar un nivel cognitivo óptimo velocidad de procesamiento, atención. que permita al paciente, poder aprovechar las sesiones de nivel superior.
- Ajuste de la conciencia del déficit.

2^a FASE

- Modulo sobre la conciencia del déficit.
- Modulo sobre técnicas de restitución de los subprocessos atencionales.
- Modulo de técnicas de restitución, sustitución y/o compensación de los subsistemas de la memoria.
- Modulo sobre emociones y función ejecutiva.
- Modulo de inserción socio-laboral.



Objetivos de segundo nivel:

- Mejorar los procesos cognitivos (atención, memoria, percepción) y ejecutivos (inhibición, cambio, actualización y toma de decisiones).
- Asentamiento de los contenidos teóricos-prácticos trabajados en las sesiones de:
 - Mindfulness.
 - Habilidades sociales.
 - Conciencia del déficit.
- La traslación de dicho trabajo a la práctica diaria a través de la interiorización y puesta en práctica de los conocimientos adquiridos.

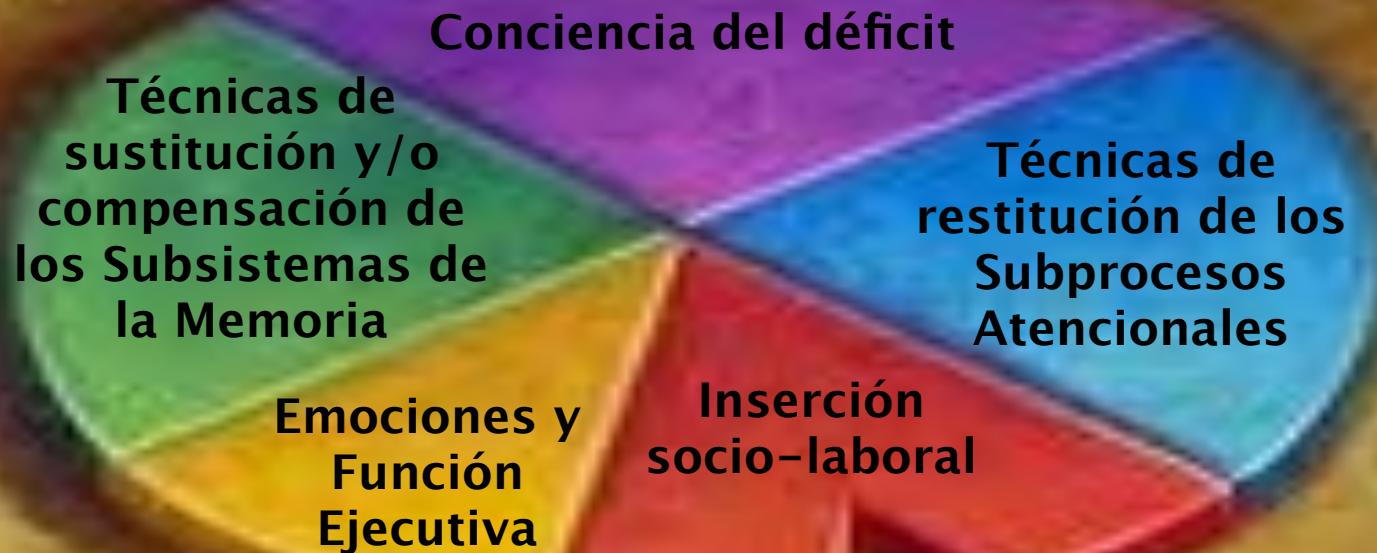


PHRN.Drog

1^a FASE

2^a FASE

MÓDULOS DE TRATAMIENTO:



“Modulo sobre la conciencia del déficit”



- Evaluación Neuropsicológica.
- Conciencia del déficit como un proceso metacognitivo.
- Planilla de trabajo individual.
- El Trisquel.



**La evaluación neuropsicológica es considerada
el primer paso de la rehabilitación.**

Útil para orientar los objetivos del proceso terapéutico

PROCESO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA



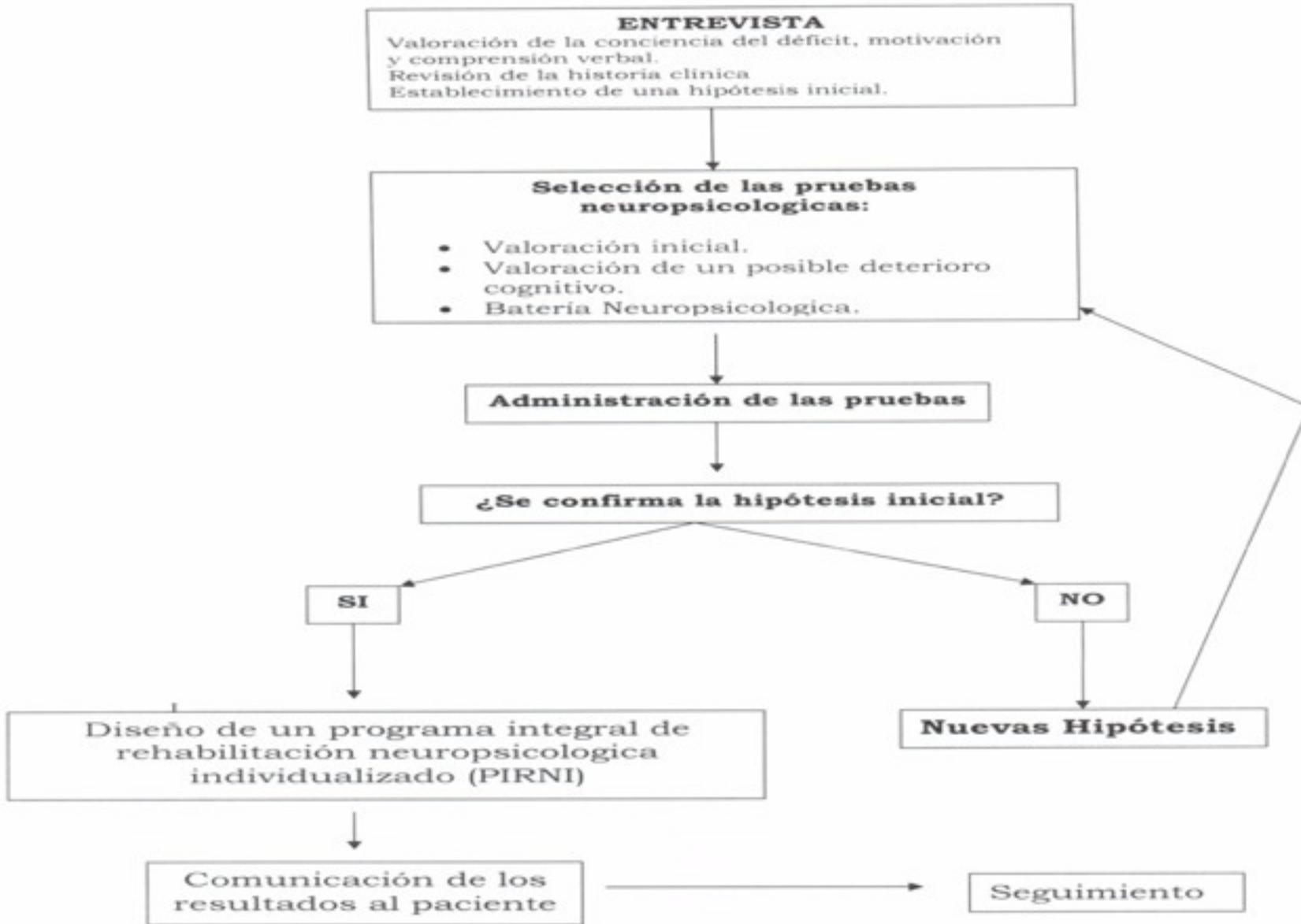
Importancia de la Evaluación Neuropsicológica en Adicciones

Perfil Neuropsicológico

Considerado el primer paso de la rehabilitación.

Conciencia del déficit
“Metacognición”

PROCESO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA



“La importancia de los modelos teóricos de referencia”



**Integrar resultados
en un marco
comprehensivo**

Modelo Clínico de la Atención

Sohlberg y Mateer
(1987)

Marcador Somático

Antonio Damasio
(1994)

MODELOS

Memoria Operativa

Baddeley
(1986, 1990)

Sistema Atencional Supervisor

Norman, Shallice
(1980)

Componentes Ejecutivos

Miyake
(2000)

Modelo I-Risa

Goldstein, Volkow
(2002)

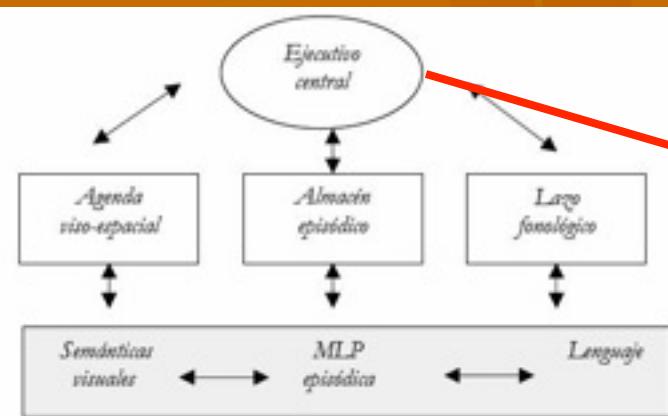
Modelo clínico de la atención

(Sohlberg y Mateer, 1989)

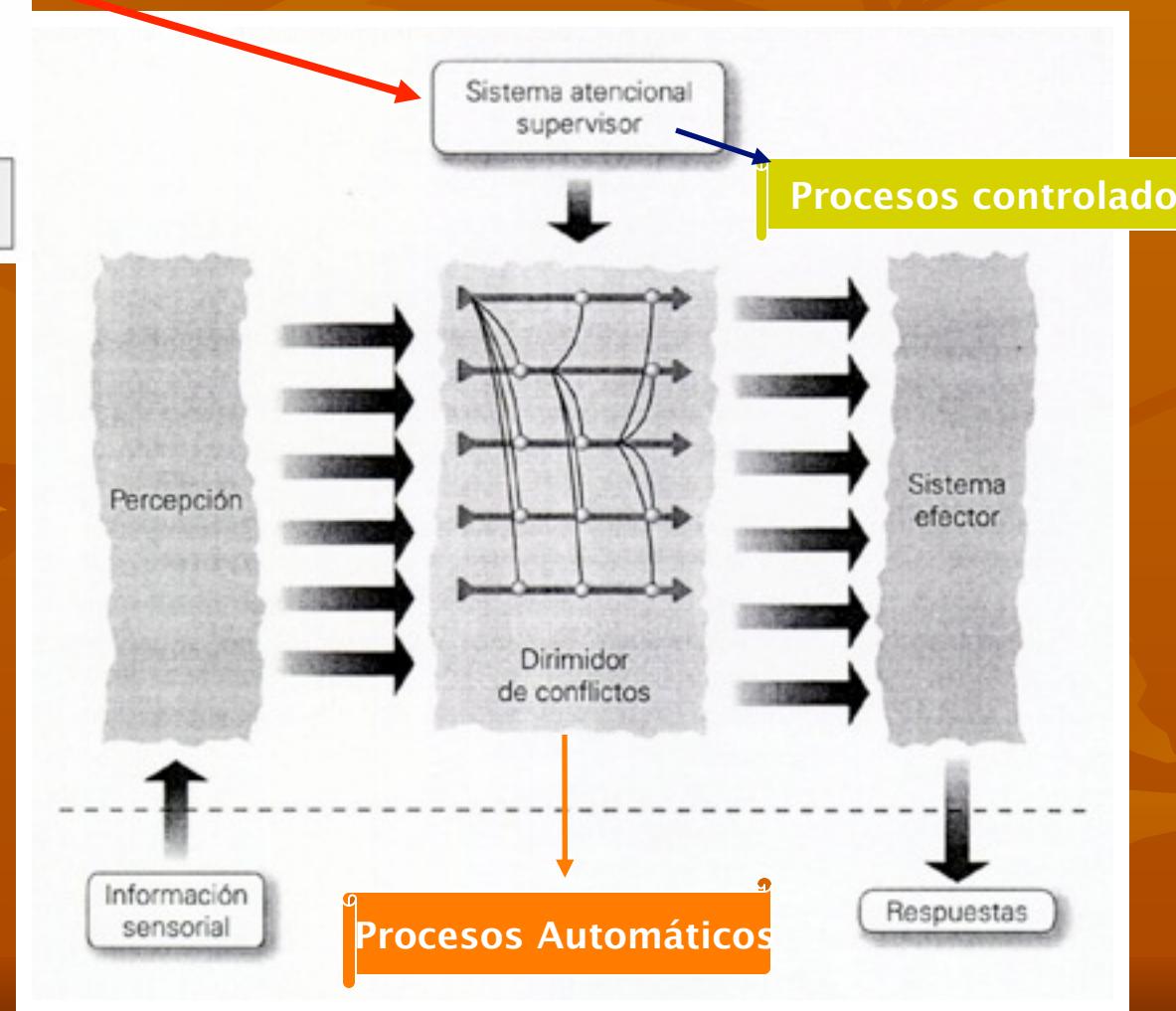
- Arousal.
- Atención focalizada.
- Atención sostenida.
- Atención selectiva.
- Atención alternante.
- Atención dividida.



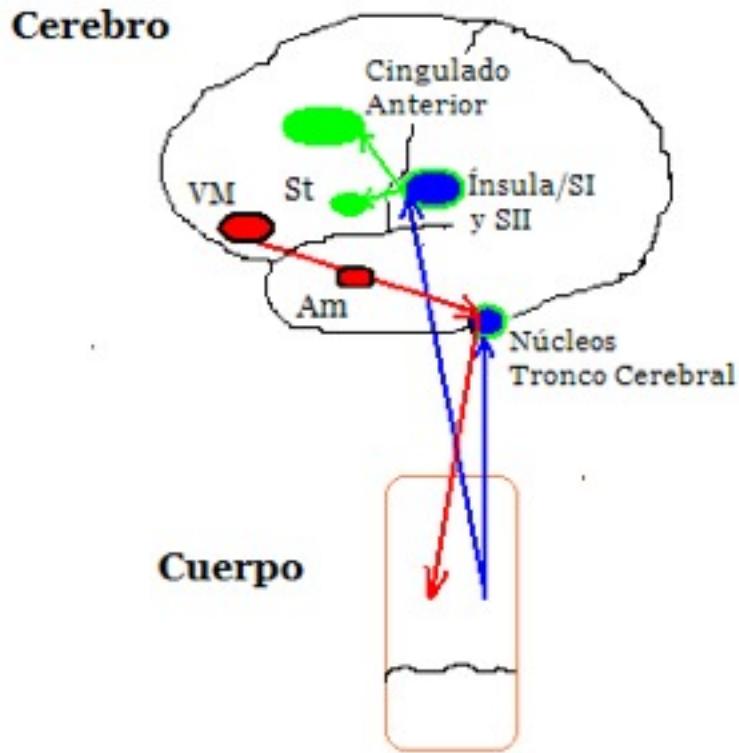
Modelo de memoria de trabajo de Baddeley (2000)



SISTEMA ATENCIONAL SUPERVISOR (Norman y Shallice, 1986)



El Modelo del Marcador Somático



- **Inductores primarios.**
- **Inductores secundarios.**
- **Señales somáticas ascendentes:**
 1. Sentimientos.
 2. Sesgar toma de decisiones.

La toma de decisiones es un proceso guiado por señales emocionales (marcadores somáticos) que anticipan los resultados prospectivos de una determinada acción.

MODELOS NEUROPSICOLOGICOS DE LAS ADICCIONES

Modelo basado en la descompensación entre el sistema motivacional y el sistema ejecutivo



Modelo I-Risa (Goldstein y Volkow, 2002)

“Daño en la atribución de la relevancia e inhibición de respuesta”



Proponen que la adicción es el resultado de una alteración de los sistemas encargados de evaluar la **relevancia motivacional** de los reforzadores y de **inhibir** las conductas inadecuadas.

Los drogodependientes realizan una valoración exagerada de las propiedades reforzantes de las drogas, al mismo tiempo que devalúan el valor motivacional de los reforzadores naturales (sexo, la comida, relaciones sociales,.....).



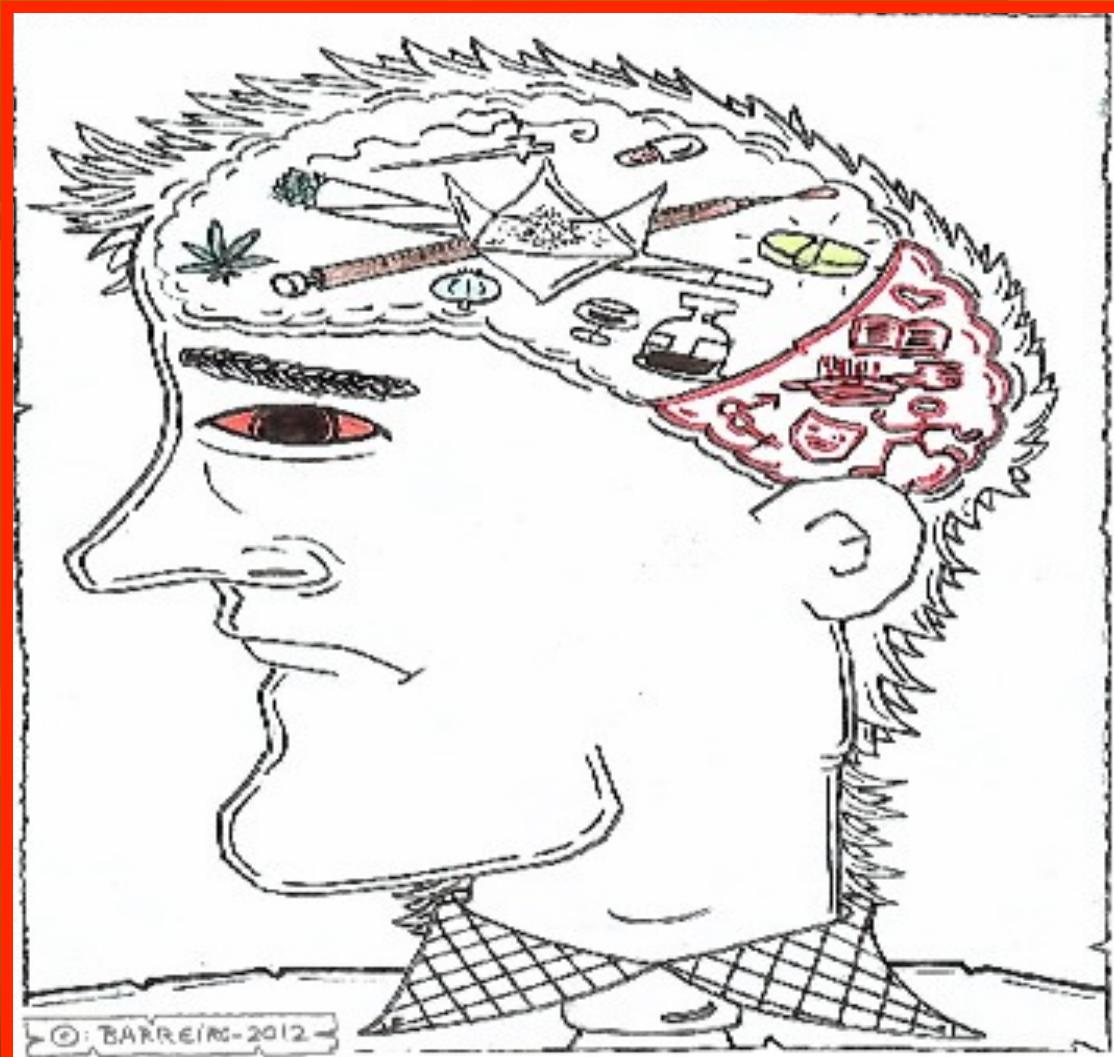
A cartoon illustration depicting a medical examination. On the left, a patient with a large, dark, textured head covering is shown in profile, looking towards the right. Inside their head, instead of normal brain tissue, there are several blue gears and a prominent red heart. On the right, a doctor wearing a white coat and a stethoscope around their neck is pointing his finger towards the patient's head. The doctor has a mustache and is wearing glasses.

...LA VERDAD ES QUE NO LUCE NADA BIEN, REMIGIO.
ESTO SIGUE CRECIENDO, Y ME TEMO QUE, POCO A POCO,
EMPEZARÁ A ENTORPECER EL CORRECTO
FUNCIONAMIENTO DE TODA LA ZONA.

Modelo I-Risa

(Goldstein y Volkow, 2002)

Modelo basado en la descompensación entre el sistema motivacional y el sistema ejecutivo



Los drogodependientes realizan una valoración exagerada de las propiedades reforzantes de las drogas, al mismo tiempo que devalúan el valor motivacional de los reforzadores naturales (sexo, la comida, relaciones sociales,.....).

- **Inhibición de respuesta:** (IN) capacidad para inhibir/suprimir una respuesta automática, predominante o parcialmente iniciada.
- **Descuento asociado a la demora:** preferencia por recompensas inmediatas vs. demoradas, incluso cuando la recompensa inmediata es inferior en magnitud.
- **Reflexión impulsividad:** Grado de información recogida antes de emitir respuesta.
- **Toma de decisiones:** selección de opciones arriesgadas superficialmente atractivas en lugar de opciones más seguras.

Miyake et al 2000; Bechara et al 2001; Fisk y Sharp 2004.

ACTUALIZACIÓN

CAMBIO

INHIBICIÓN

TOMA DE DECISIONES

Trabajar la conciencia de déficit como proceso metacognitivo (Fleming y Strong, 1995):

- Conciencia del déficit.
- Conciencia de la repercusión de los déficits en la vida diaria.
- Ajuste de las expectativas de futuro.

Nombre y Apellidos:

Trabajo sobre la conciencia del déficit

Conciencia del déficit. La capacidad de conocer la existencia de los déficits (cognitivos, emocionales, personalidad, ejecutivos) como consecuencia de su patología.

Conciencia de consecuencias. Conocimiento de las implicaciones funcionales que dichos déficits tienen en las actividades de la vida cotidiana (trabajo, ocio y tiempo libre, relaciones personales y familiares).

Ajuste de las expectativas de futuro. Capacidad de planificar la vida con objetivos realistas, teniendo en cuenta las limitaciones actuales.

Nombre y Apellidos:

Trabajo sobre la conciencia del déficit

Conciencia del déficit. La capacidad de conocer la existencia de los déficits (cognitivos, emocionales, personalidad, ejecutivos) como consecuencia de su patología.

Dificultad para gestionar emociones.

Absentismo e inadecuado.

Creo q soy demasiado lento, débil

Conciencia de consecuencias. Conocimiento de las implicaciones funcionales que dichos déficits tienen en las actividades de la vida cotidiana (trabajo, ocio y tiempo libre, relaciones personales y familiares).

Dificultad para dedicar el tiempo libre y para profundizar en relaciones personales y familiares.

Dificultad para progresar en el trabajo.

Ajuste de las expectativas de futuro. Capacidad de planificar la vida con objetivos realistas, teniendo en cuenta las limitaciones actuales.

Tengo q planificar a corto plazo, pero me da la sensación de q soy lento.

Tengo buenas expectativas ~~asimismo con respecto al~~ con respecto al trabajo pero no muy buenas en las relaciones personales.

Nombre y Apellidos:

Trabajo sobre la conciencia del déficit

Conciencia del déficit. La capacidad de conocer la existencia de los déficits (cognitivos, emocionales, personalidad, ejecutivos) como consecuencia de su patología.

Mis pensamientos se van hacia el lado malo, la mayoría de las veces por mis emociones, (tristeza, dolor, frustración) me hacen tomar decisiones impulsivas, erróneas. Me hacen enfadarme conmigo y con el mundo. Estar rabiosa y hostil (PELIGRO)

Conciencia de consecuencias. Conocimiento de las implicaciones funcionales que dichos déficits tienen en las actividades de la vida cotidiana (trabajo, ocio y tiempo libre, relaciones personales y familiares).

Estoy desgarrada, todo me aviva más, re expreso más rápido, lloro por nada. Estoy demasiado sensible, triste, decepcionada conmigo misma. Frustrada.

Ajuste de las expectativas de futuro. Capacidad de planificar la vida con objetivos realistas, teniendo en cuenta las limitaciones actuales.

Tener paciencia, e ir poco a poco canalizando mi rabia, mi dolor, dejar aflorar mi sensibilidad. Lo que no me gusta, lo que me hace estar triste. (intentar ir poniéndole remedio, haciendo todo lo que esté en mi mano).

Nombre y Apellidos: CASO 1

Trabajo sobre la conciencia del déficit:

Conciencia del déficit. La capacidad de conocer la existencia de los déficits (cognitivos, emocionales, personalidad, ejecutivos) como consecuencia de su patología.

- Tengo problemas de memoria desde hace +/- 1 año, olvidos cotidianos relacionados con la memoria prospectiva.
- Pensamiento negativista en proceso de cambio lento.
- La impulsividad se está reduciendo y la comienzo a controlar.
- A nivel emocional estoy bajo mínimos (el asco me produce enfado; la ira la controlo pocas veces; el miedo me paraliza; no gestione bien la alegría y me sorprende cuando me viene; la tristeza es lo que más experimento y es algo que tengo asumido, pero mantengo la esperanza).
- Soy muy sensible al reconocimiento emocional, pero me cuesta mucho expresar mis sentimientos.
- Trato de razonar pero sé que a veces me equivoco. Me pasa muchas veces que pienso algo y luego hago lo contrario. Mi toma de decisiones está guiada por la impulsividad y a veces por estímulos externos cuando estoy poco centrado.

Conciencia de consecuencias. Conocimiento de las implicaciones funcionales que dichos déficits tienen en las actividades de la vida cotidiana (trabajo, ocio y tiempo libre, relaciones personales y familiares).

- Actualmente la razón fundamental de mis problemas de consumo es llenar un vacío personal (soledad).
- Las relaciones personales me frustran porque soy muy exigente con los demás.
- A nivel laboral no puedo tener un trabajo normal. Porque no puede cumplir con las expectativas de un empresario. Hay ciertos días en los que se me satura la cabeza, estoy embotado y no puedo rendir. Si en esas condiciones voy a trabajar y alguien me dice algo sería capaz de darle hasta con un ladrillo en la cabeza.
- A nivel social estoy limitado porque cuando estoy mal me aíslo.

Ajuste de las expectativas de futuro. Capacidad de planificar la vida con objetivos realistas, teniendo en cuenta las limitaciones actuales.

- Mi percepción es que cada día todo está más difícil. Ya que, cuando más tiempo pasa más complicado mejorar mi calidad de vida.
- Mis expectativas son bajas.
- Tendré que aprender a convivir con mis limitaciones y problemas.

Nombre y Apellidos: CASO 2

Trabajo sobre la conciencia del déficit:

Conciencia del déficit. La capacidad de conocer la existencia de los déficits (cognitivos, emocionales, personalidad, ejecutivos) como consecuencia de su patología.

- A nivel cognitivo tengo problemas de atención y eso me crea problemas de memoria (citas, conversaciones,...).
- A nivel emocional no se expresar mis sentimientos (no me sale). Ante la tristeza no soy capaz de llorar, ni de expresarme.
- Tengo problemas para atribuir los estados emocionales de los demás (empatía cognitiva).
- Soy una persona muy impulsiva, sobre todo en lo relacionado con los consumos.
- Soy una persona muy obsesiva (consumos, problemas,...).
- Mi capacidad de razonamiento creo es buena, pero mi toma de decisiones no es la mas adecuada. El factor determinante son las ganas, el deseo y la sensación de estar a gusto que me produce.

Conciencia de consecuencias. Conocimiento de las implicaciones funcionales que dichos déficits tienen en las actividades de la vida cotidiana (trabajo, ocio y tiempo libre, relaciones personales y familiares).

- A todos los niveles me cuesta tener iniciativa para hacer las cosas.
- Cuando tengo que hacer cualquier cosa me estreso.
- A nivel laboral me cuesta mucho empezar a buscar trabajo.
- No se expresarle a mi familia las emociones y sentimientos que tengo hacia ellos.

Ajuste de las expectativas de futuro. Capacidad de planificar la vida con objetivos realistas, teniendo en cuenta las limitaciones actuales.

- Mis expectativas son muy negras, ya que, por mis problemas psiquiátricos me veo muy limitado a la hora de encontrar o mantener un trabajo.
- Aunque tengo la esperanza de que algún dia lo encontrare.

“El Triskele”



“EL TRISQUEL”

ADOLFO PIÑÓN BLANCO



Los campos que se abordan a través del trisquel son:



**Preguntas de verdadero falso,
elección múltiple, razonamiento
y lluvia de ideas sobre:**

- **Prevención de recaídas.**
- **Habilidades sociales.**
- **Procesos cognitivos básicos.**
- **Función ejecutiva.**

2008 = 560 Pruebas/Preguntas.

**Preguntas de verdadero-falso,
elección múltiple, razonamiento y
lluvia de ideas sobre:**

- Hepatitis B y C.
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y tuberculosis .
- Educación sanitaria.
- Se han revisado y actualizado los contenidos de prevención de recaídas, habilidades sociales y función ejecutiva.

2012 = 700 Pruebas/Preguntas.



COGNITIVO - EJECUTIVO

COGNITIVO - EJECUTIVO

*Lezak (1989) destaca, la diferencia que existe entre las funciones ejecutivas y las funciones cognitivas, resaltando que mientras que las funciones ejecutivas permanecen intactas, una persona puede sufrir pérdidas cognitivas considerables y continuar siendo constructivamente independiente, autosuficiente y productiva.



“Control Ejecutivo”

LA POTENCIA SIN CONTROL, NO SIRVE DE NADA

PIRELLI



Trisquel-

- “Hogar Gerasa”.
- Casa de acogida para enfermos de SIDA de la bahía de Cádiz (Chiclana de la Frontera).
- Actualmente residen +/- 40 pacientes

“Modulo sobre técnicas de restitución de los subprocesos atencionales.”



- PESCO:
Plataforma de
EStimulación
COgnitiva
- Tareas de lápiz y
papel.



¡ Bienvenido a PESCO!

©Consorcio Fernando de los Ríos Licencia Creative Commons, BCC

Investigadores:

- Dña. María José Rodríguez Fortiz
- Dña. María Visitación Hurtado Torres.

Grupo de Investigación de Neuropsicología y Psiconeuroinmunología Clínica:

- D. Miguel García Pérez
- D. Alfonso Caracuel Romero
- Dña. Sandra Santiago Ramajo

Grupo de Informática:

- Dña. María Luisa Rodríguez Almendros
- D. José Luis Garrido Bullejos
- D. Miguel J. Hornos Barranco
- D. Manuel Noguera García
- Dña. Kawtar Benghazi Akhlaki
- D. Álvaro Fernández López
- D. Carlos Rodríguez Domínguez
- Dña. Luz María Roldán Válchez

Programadores:

El objetivo principal de PESCO (Programa de EStimulación COgnitiva) es realizar la evaluación y estimulación cognitiva de personas, con el fin de prevenir e intervenir sobre el deterioro cognitivo para retrasar la dependencia, trabajando desde sus estadios iniciales. La principal funcionalidad de la herramienta consiste en proporcionar pruebas o ejercicios para la rehabilitación neuropsicológica y funcional de memoria, atención, razonamiento y planificación.

El programa de estimulación sistemático conllevará el desarrollo de ejercicios para que el usuario los realice en **12 sesiones**, con una duración mínima de 40 minutos cada una, dos veces en semana.

- **Sesión 1:** Registro y Screening Funcional.
- **Sesión 2:** Screening Cognitivo Pre-estimulación.
- **Sesiones 3 a 11:** Estimulación Cognitiva de las diferentes funciones cognitivas a tratar.

Técnicas y estrategias

Fue el profesor de Cambridge O.L. Zangwill, quien sugirió los tres enfoques principales de rehabilitación: la compensación, la sustitución y el reaprendizaje.

Actualmente, uno de los centros de rehabilitación más importantes del mundo de la rehabilitación es el que lleva



www.ozc.nhs.uk

Técnicas de restitución

- 40 Minutos de duración.
- Tareas de atención, memoria y función ejecutiva.

*Estimulación de los diferentes subprocessos atencionales.

*Trabajo con los diferentes componentes ejecutivos:

*Tareas de inhibición conductual, cognitiva e interferencia.

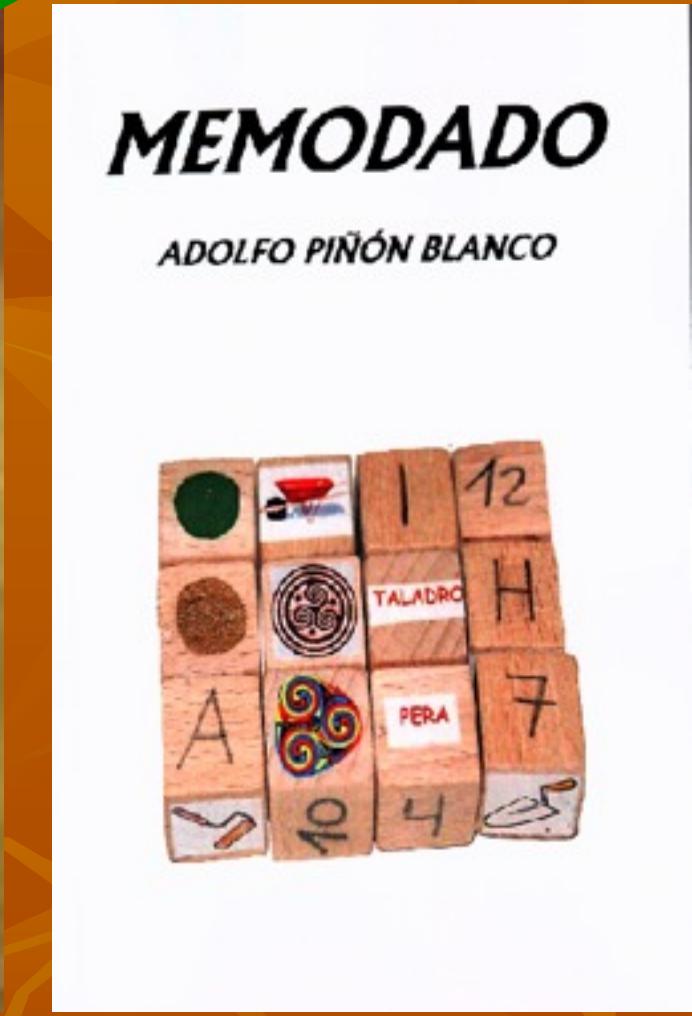
* Ejercicios sobre la teoría de la mente:

- Historias de Happe.
- Dilemas morales.
- Faux pas.

* Memoria operativa:

- Paradigma de Stenberg.

“Modulo sobre técnicas de restitución, sustitución y/o compensación de los subsistemas de la memoria”



El memodado pretende ser una herramienta de estimulación cognitiva en formato de juego de mesa que ayude al paciente a estimular y al profesional a evaluar de una manera más dinámica aspectos relacionados con los procesos de atención, memoria y función ejecutiva. Dicho instrumento consta de:

- 12 dados de madera.
- Una guía para el profesional

“MEMODADO”

Objetivo: Trabajar la Memoria y Metamemoria.

¿Cómo?

- Intentando que los participantes conozcan sus capacidades y limitaciones.
- Aclarando dudas sobre la memoria (¿Es bueno o malo olvidar?, reglas nemotécnicas, ayudas externas, cuestiones teóricas,.....).
- Trabajando los procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas a través de las técnicas de restauración y sustitución que se pueden realizar con los datos del memodado (+/-40 pruebas).

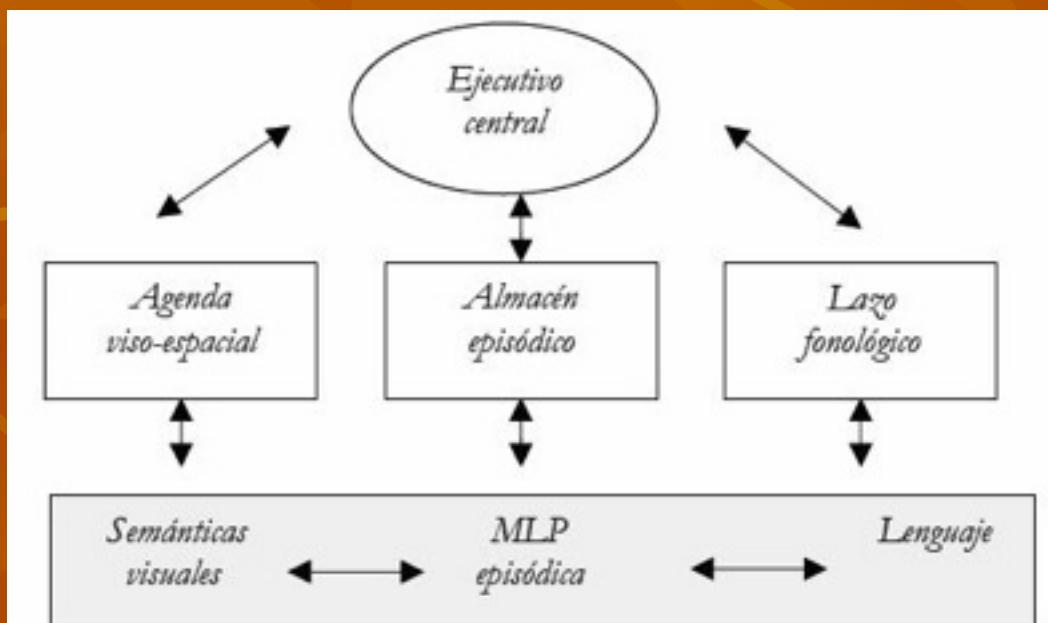
Dados del memodado:

Los dados del memodado son 12 dados de madera, con la particularidad de que cada cara del dado es diferente:

- Letras.
- Números.
- Palabras.
- Palabras sin sentido.
- Imágenes de herramientas.
- Colores.



Cada una de las pruebas que se detallan a continuación evalúan funciones cognitivas en las que están implicadas procesos como la atención, memoria, percepción o razonamiento. Dichas procesos son valorados a través de tareas que evalúan la memoria de trabajo y sus subcomponentes; agenda visoespacial, lazo articulatorio (almacén fonológico) y control ejecutivo central.



Modelo de memoria de trabajo de Baddeley (2000)

Las pruebas del Memodado se agrupan en 8 grandes bloques:

- Recuerdo libre inmediato .
- Reconocimiento.
- Supresión articulatoria (Brown y Peterson,1959)
- Fluidez fonemica.
- Span verbal (Miller, R. 1956)
- Calculo.
- Pares asociados.
- Ejecutivo central (Baddeley y Hitch,1974).

Otros contenidos:

- Programa I-D-E-A-L de Burgess y Robertson (2002).
- El semáforo.



MEMODADO

Reconocimiento Imágenes

MEMODADO- Recuerdo libre

HUEVOS

NUECES

TALADRO

PERA

TOMILLO

TUERCAS

MANZANA

SIERRA

JAMÓN

MARTILLO

MELÓN

LIMÓN

Estrategias de codificación y recuperación activa
HERRAMIENTAS-FRUTAS-COMIDA

Resumiendo

Una oportunidad para hablar de
la tan temida perdida de
memoria y algo mas.....



A composite image featuring two cartoonish, multi-eyed creatures. On the left, a brown, textured creature with large, bulging white eyes and a wide-open mouth showing a dark, swirling tongue. On the right, a greenish-yellow, smooth-skinned creature with two large blue eyes and a wide-open mouth showing sharp white fangs and a pink tongue. Both creatures have wide, shocked expressions.

CASO PRACTICO

Programa I-D-E-A-L

(Robertson (1996) y Burgess y Robertson (2002)).

Área cognitiva: Función Ejecutiva

Prueba: Planificación y solución de problemas

Material: Dados del Memodado

Instrucciones:

Fase 1. En principio se procede a la explicación del programa de rehabilitación de las funciones ejecutivas de Burgess y Robertson Procediéndose a la familiarización por parte de los pacientes del proceso de razonamiento IDEAL, donde cada una de estas letras designa un aspecto de la actividad que se debe llevar a cabo y que tiene relevancia en cualquier proceso cognitivo de resolución de problemas:

I.= Identificación del problema.

D.= Definición y representación del problema.

E.= Elección de posibles estrategias.

A = Actuación basada en una estrategia.

“EL SEMÁFORO”

Hipótesis del marcador somático

(Antonio Damasio, 1994)

Emociones humanas: (Ekman, 1972)

Dimensiones de la impulsividad

(Whiteside y Lynam, 2001)

Modelo I-Risa

(Goldstein, Volkow, 2002)



“Modulo sobre emociones y función ejecutiva”



“Modulo de inserción socio-laboral”

GRACIAS

adolfo.pb@eulensociosanitarios.com