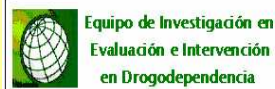


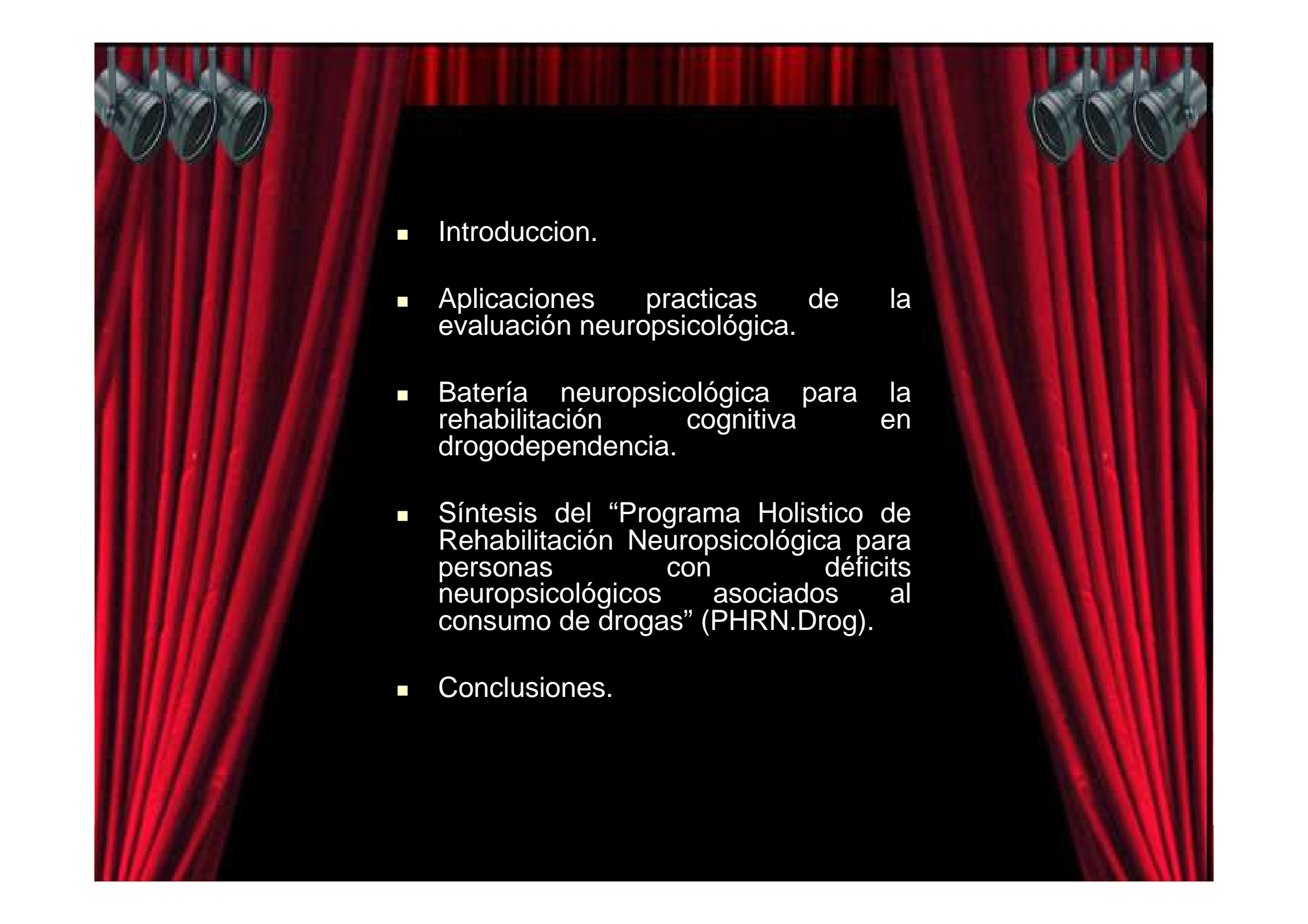
II jornadas sobre Neuropsicología e Rehabilitación Neurocognitiva en
Drogodependencias. Vigo, 9-11-12



Propuesta Clínica para la Rehabilitación Neuropsicológica en Adicciones

Jorge Cabrera
Adolfo Piñón



- 
- A stage with red curtains and spotlights. The background is a dark stage with red curtains on either side. Three spotlights are visible on the left and three on the right, pointing towards the center. The text is displayed in a white, sans-serif font on a black rectangular background in the center of the stage.
- Introduccion.
 - Aplicaciones practicas de la evaluaci3n neuropsicol3gica.
 - Batería neuropsicol3gica para la rehabilitaci3n cognitiva en drogodependencia.
 - Síntesis del “Programa Holistico de Rehabilitaci3n Neuropsicol3gica para personas con d3ficits neuropsicol3gicos asociados al consumo de drogas” (PHRN.Drog).
 - Conclusiones.

- El consumo de sustancias psicoactivas ha sido asociado con alteraciones en:
- Las funciones cognitivas (subprocesos atencionales y en los subsistemas de la memoria).
- Las funciones ejecutivas (procesos inhibitorios y motivacionales).
- El procesamiento emocional de estímulos naturales.

•Rogers RD, Robbins TW (2001). Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse. *Curr Opin Neurobiol* 11: 250–257


•Verdejo-García, A., Orozco Giménez, C., Meersmans Sánchez-Jofré, M., Aguilar de Arcos, F y Pérez García, M. (2004): Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología* 38:1109-1116.

Batería neuropsicológica para la rehabilitación cognitiva en drogodependencia.

I.S.B.N.: 978-84-615-2481-5. (2011)

(<http://hoxe.vigo.org/movemonos/jornadas.php?lang=cas>)

- Wais III de Wechsler.
- Tavec Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense.
- Figura compleja de Rey.
- Test de los cinco dígitos (FDT).
- Test del trazo (TMT A y B).
- Fluidez fonémica y semántica.
- Test del zoo y búsqueda de llaves (BADS).
- Iowa Gambling Test (IGT).
- Escala de Impulsividad UPPS.
- ICERE.
- Go-Nogo.
- Escala Conductual SC-SR.



Aplicaciones prácticas de la evaluación neuropsicológica

En nuestro caso, una primera exploración cognitiva (WAIS-III) informó de una capacidad intelectual normal. Sin embargo, este dato no explicaba el precario funcionamiento “ejecutivo” de la paciente. Al profundizar en la evaluación se pusieron de manifiesto déficits a nivel de planificación estructurada, praxis visoconstructiva (tiempo de ejecución y número de correcciones elevado en la figura compleja de Rey), toma de decisiones e impulsividad.

Asimismo, la paciente obtuvo resultados compatibles con la persistencia en la edad adulta de su diagnóstico de TDAH, como se refleja en distintas pruebas aplicadas (TMT-B/ ASRS-V1.1/FDT).

Discusión:

Un perfil neuropsicológico de la muestra caracterizado por una capacidad intelectual normal-baja en memoria de trabajo y media en velocidad de procesamiento medidos con el WAIS-III,

Pero, un rendimiento claramente inferior a la media en pruebas más específicas relacionadas con las **funciones ejecutivas**, principalmente con los componentes ejecutivos de **cambio, inhibición y toma de decisiones.**

RELACIÓN ENTRE FUNCIONES EJECUTIVAS Y DELINCUENCIA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES

Autor/es: Piñón-Bianco, A. (1,3), Cabrera-Ruano, J. (1,5), Domínguez-González, P. (1,5), Lemaux Martínez, M.J. (1,5), Sierra-Vallín, J. (4,5), Vázquez-Jurado, E. (3,5), Guillén-González, C. (2,5), Otero-Lamasa, P. (1,5).

(1) Unidad científica de Dependencias del Consejo de Vigo-CEJRO, (2) Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de León, (3) Departamento de Psicología, Universidad Loyola de Porto (Portugal), (4) Servicio de Dependencias de Sevilla, (5) Grupo de Investigación en Evaluación e Intervención en Dependencias.

INTRODUCCIÓN

La corteza prefrontal desempeña un papel decisivo en la regulación del comportamiento humano. Esta compleja estructura cerebral, que integra tanto componentes racionales como emocionales, es fundamental para el normal funcionamiento de procesos de planificación, organización, ejecución y monitorización de la conducta.

Se sabe que lesiones del cortex prefrontal, independientemente de su naturaleza traumática, tumoral, degenerativa, vascular o de otro tipo, originan alteraciones del comportamiento y de la competencia social que se manifiestan en forma de síndromes clínicos diferentes, según padecemos lesión de estructuras ventromediales, orbitofrontales, dorsolaterales y/o de sus conexiones con otras áreas cerebrales, aún en ausencia de una afectación cognitiva relevante (1).

En los adictos a drogas también se ha descrito la existencia de daño prefrontal e importantes alteraciones en los procesos motivacionales, emocionales y cognitivos que regulan su conducta, con especial afectación de las funciones ejecutivas. En este sentido, se ha propuesto que la adicción se constituya básicamente en una patología de la motivación y la elección (2). Pese a estas ideas, la afectación de la toma de decisiones representa uno de los aspectos distintivos de los trastornos adictivos. La impulsividad, la "tendencia hacia el futuro" y la anagnosia son otros característicos comunes en estos pacientes.

Es conocido que los drogodependientes persisten en el consumo de sustancias, a pesar de las consecuencias negativas para su salud personal, familiar y social. Estos sujetos parecen no aprender de la propia experiencia y continúan tomando decisiones equivocadas, entre las que podemos incluir la actividad delictiva.

Diversas pruebas han evidenciado la existencia de relaciones significativas entre alteraciones en forma de decisiones, medidas a través de la Iowa Gambling Task (IGT), y una mayor incidencia de problemas médicos, de empleo, sociales, familiares, legales, así como más probabilidad de implicación en conductas de riesgo (3).

Un aspecto importante a resaltar, es que la alteración de funciones vitales asociada al daño del cortex prefrontal puede producirse en ausencia de deterioro cognitivo, por lo que es frecuente que los sujetos que la padecen puntúan con normalidad en las pruebas habituales de evaluación cognitiva.

OBJETIVOS

En este trabajo, se realiza la evaluación neuropsicológica de una muestra de pacientes drogodependientes con el objeto de estudiar su perfil impulsivo, cognitivo y ejecutivo y analizar su relación con la existencia o no de actividad delictiva asociada.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra de 26 sujetos fue seleccionada de forma aleatoria del total de los pacientes drogodependientes a tratamiento en la de la Unidad Asistencial de Dependencias del Consejo de Vigo CEJRO entre los años 2009-2012 y los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS.

INSTRUMENTOS

Se utilizaron la IGT, LUPPS-P, PAS, TMT-B y las subpruebas semejanzas-triadas y el índice de memoria de trabajo del WISC-III, con el objeto de contribuir a determinar el impacto que dichas alteraciones neuropsicológicas tienen sobre el funcionamiento clínico y la rehabilitación de los pacientes drogodependientes.

| Pruebas aplicadas en la fase de evaluación neuropsicológica (Batería Neuropsicológica Cádiz-Piñón (4)) | VALORES MEDIOS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS Y CLASIFICACIÓN DE LA MUESTRA |
|--|--|
| WISC-III de Memoria de Trabajo (2007) | Edad media: 41,17 ± 7,13; Estudios previos: 71,9% |
| • Semáforos (S) | Tolerancia: 86,4% |
| • Matrices (M) | • Diagnóstico principal: Delirio (9,8%) |
| • Índice de memoria de trabajo (IMT) | • Alcoholismo: 79,6% |
| • Índice de memoria de trabajo (IMT) | • VIH: 10,8% |
| • Índice de memoria de trabajo (IMT) | • Abuso de drogas: 65,4% |
| • Índice de memoria de trabajo (IMT) | • Diagnóstico secundario: 81,4% (n=21) |

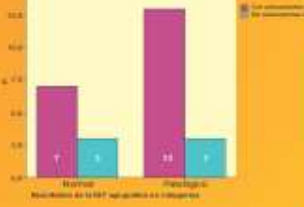
RESULTADOS

Para la muestra total analizada, el análisis de medias refleja que los pacientes presentan una capacidad de razonamiento (S=5,38 y M=6,62 WISC-III) y un índice de memoria operativa (IMT-WISC-III = 80,6) medios, pero obtienen resultados deficientes en tareas más específicas relacionadas con las funciones ejecutivas. Índice verbal (54,4), Funciones >2 A), flexibilidad cognitiva (TMT-B P<+25), toma de decisiones (IGT=-1,24) y en la dimensión afectiva negativa de la impulsividad (AN=36,0 LUPPS-P). En concreto, obtuvieron puntuaciones patológicas en la IGT (41,9%), LUPPS-P afectiva negativa (85,38%), TMT-B (62,5%), IWT (40,5%) y PAS (49,3%).

De entre los pacientes con CD, el 85% puntúa de forma patológica en la IGT, el 67% % tiene deterioro moderado-grave en el TMT-B, un 29% tiene un IMT inferior a la normalidad y un 75% obtiene resultados patológicos en la dimensión de afecto negativo del LUPPS-P presentando pocos resultados que el grupo de CD, con diferencias estadísticamente significativas para la IGT, prueba que mide con mayor especificidad la toma de decisiones.

| | Media con Abuso de Drogas | Media Sin Abuso de Drogas | | Media Sin Abuso de Drogas | Media Sin Abuso de Drogas |
|-------|---------------------------|---------------------------|---------|---------------------------|---------------------------|
| ANM-B | | | LUPPS-P | Índice Negativo | 36 |
| | | Toma de Decisión | | 22,5 | |
| | | Toma de Decisión | | 22,5 | |
| | | | IGT | Toma de Decisión | 21,75 |
| | | | | Índice Negativo | 22,11 |
| | | | | Toma de Decisión | 22,11 |
| TMT | | | IGT | Toma de Decisión | 144,9 |
| | | | | Índice Negativo | 145,0 |
| | | | | Toma de Decisión | 145,0 |

Asociación entre las funciones ejecutivas y la actividad delictiva en el CD



La Iowa Gambling Task es una prueba neuropsicológica para medir la toma de decisiones y la habilidad para aprender de la experiencia de la propia conducta. En esta prueba, el sujeto debe elegir entre cuatro decks de cartas (A, B, C y D) que ofrecen ganancias y pérdidas diferentes. El sujeto debe elegir el deck que le genere el mayor beneficio a largo plazo.



En la escala SPSS de comportamiento impulsivo de Millroy y Lyman (2001), diseñada para medir cinco dimensiones de la conducta impulsiva (urgencia negativa, falta de planificación, falta de perseverancia, búsqueda de sensaciones y urgencia positiva), el 85,38% obtiene resultados patológicos en la dimensión de urgencia negativa.

Entre los pacientes con Conductas Delictivas, el 75% obtiene resultados patológicos, relativos de su tendencia a tomar impulsivas decisiones, especialmente cuando se encuentran en situaciones específicas como apuestas, conductas o de riesgo.

La dimensión de impulsividad negativa se relaciona con uno de los rasgos predictores de gravedad de los problemas asociados a la adicción (4).



La prueba de flexión frontal es una de las pruebas de producción oral de palabras más complejas (PAS), que ha sido tradicionalmente relacionada con el funcionamiento del lóbulo frontal.

En esta muestra, el rendimiento está claramente por debajo de lo normal, lo que sugiere un déficit de planificación y de organización.

Los pacientes con conductas delictivas presentan mayor grado de alteración frontal (PAS).



En el TMT de Ballew, podemos comprobar que los resultados obtenidos en la parte B (línea A-C y números 1-12) son claramente deficientes (flexibilidad cognitiva, flexión alternativa, alternancia parámetros) en el 75% de los pacientes de nuestra muestra.

Los pacientes con CD, obtienen una puntuación patológica en la batería de pruebas de memoria verbal (79,6%).

DISCUSIÓN

Los drogodependientes presentan un patrón de resultados pobre en las pruebas analizadas, que puede ser más grave en los que tienen CD. Éstos obtienen un rendimiento más deficiente en pruebas específicas del lóbulo frontal (PAS), componentes ejecutivos de cambio (TMT-B), inhibición (LUPPS-P) y toma de decisiones (IGT) (5).

Los datos sugieren que el deterioro en las tareas específicas de función ejecutiva podría ser mayor en aquellos pacientes con trastorno delirio. La ausencia de diferencias estadísticas en las diferencias halladas entre los grupos con y sin CD, salvo para la IGT, podría explicarse por la elevada tasa de resultados patológicos para el total de la muestra, la dispersión de los resultados en cada grupo o bien por niveles de gravedad diferentes y otros factores ambientales implicados en la génesis de la CD.

Muchos autores defienden la existencia de un sustrato neurobiológico común en los trastornos adictivos, demostrable mediante neuroimagen y métodos de evaluación neuropsicológica. El problema es que, en la práctica clínica habitual, no se dispone todavía de técnicas de neuroimagen adecuadas para cuantificar el daño cerebral individual en cada drogodependiente.

CONCLUSIONES

Por ello, en el ámbito clínico, instrumentos de exploración neuropsicológica como los usados en este trabajo pueden constituirse en herramientas de gran utilidad para la evaluación del grado de afectación funcional presente en estos pacientes y para orientar su abordaje terapéutico. Del mismo manera, en el ámbito forense, pueden resultar de utilidad para mejorar el estudio sobre el grado de afectación volitiva e impulsividad legal de estos sujetos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ballew, A. (2004). Frontal lobe dysfunction in substance abuse: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1-10.
2. Ballew, A. (2004). Frontal lobe dysfunction in substance abuse: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1-10.
3. Ballew, A. (2004). Frontal lobe dysfunction in substance abuse: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1-10.
4. Ballew, A. (2004). Frontal lobe dysfunction in substance abuse: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1-10.
5. Ballew, A. (2004). Frontal lobe dysfunction in substance abuse: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1-10.

XXIX Symposium de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense
La impulsividad y sus repercusiones médico-legales
Vigo 25-26 de mayo de 2012
Sociedad Española de Psiquiatría Forense

| | |
|---------------------|-----------------------|
| N | 26 |
| Edad Md | 41,2 |
| Sexo | 21 V / 5 M |
| Drog princ | Op 65,% coca 26,9% |
| Antec traumat crane | 20,8% |
| VIH- | 76,9% |
| Abst<6 meses | 65,4% |
| Dos Md metadona | 31,4 mg/d |
| Antc Delict | No 25% /Si 53,1% |

Discusión:

Los pacientes que tienen AD obtienen un rendimiento más deficitario en pruebas específicas del lóbulo frontal (FAS), componentes ejecutivos de cambio (TMT-B), inhibición (UPPS-P) y toma de decisiones (IGT).

La ausencia de significación estadística en las diferencias halladas entre los grupos con y sin AD podría explicarse por la elevada tasa de resultados patológicos para el total de la muestra, la dispersión de los resultados en cada grupo debido a niveles de gravedad diferentes y otros factores ambientales implicados en la génesis de la AD.



Perfil neuropsicológico de pacientes drogodependientes en una Unidad Asistencial de Drogodependencias.

AUTORES: LOIZZO MARTÍNEZ, M.J. (1); PIÑÓN-BLANCO, A. (1); GUILLEN-OSTOJA, C. (2,3); VÁZQUEZ-JURTO, E. (3,4); CARRERA-RIANDE, J. (3,4); DOMÍNGUEZ-GONZÁLEZ, P. (3,5); BIERRA-VALIÑO, J. (4,6); OTERO-LAMAS, F. (1,4).

(1) UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DEL CONCELLO DE VIGO CEDRO; (2) DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS DEL TRABAJO, UNIVERSIDAD DE SEVILLA; (3) DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE LISBOA DO PORTO (PORTUGAL); (4) SERVICIO DE DROGODEPENDENCIAS DE REVIJIA; EQUIPO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIA.

Introducción:

Se ha postulado que la afectación de estructuras corticales y subcorticales implicadas en los procesos motivacionales, emocionales y cognitivos que regulan la conducta desempeña un papel relevante en la etiopatogenia de los trastornos adictivos y puede interferir en la efectividad de los tratamientos. El nivel concreto de afectación funcional varía entre pacientes y ello podría contribuir a explicar diferencias en la respuesta a los programas de tratamiento convencionales.

Lezak (1989) destaca la diferencia entre *funciones ejecutivas* y *funciones cognitivas*, resultando que mientras las funciones ejecutivas permanecen intactas, una persona puede sufrir pérdidas cognitivas considerables y continuar siendo independiente, constructivamente autosuficiente y productiva. Por el contrario, cuando se alteran las funciones ejecutivas, el sujeto ya no es capaz de autocuidarse, realizar trabajos por sí o para otros o mantener relaciones sociales normales, independientemente de cómo conserve sus capacidades cognitivas.

En consecuencia, sería conveniente evaluar sistemáticamente las funciones cognitivas y ejecutivas de los pacientes con trastornos adictivos, con el fin de objetivar y monitorizar su potencial mejora con relación a las diferentes estrategias terapéuticas. Para ello, es necesario disponer de instrumentos psicométricos adecuados e incluir la evaluación rutinaria de parámetros neurocognitivos en los estudios sobre eficacia clínica.

Objetivos:

Evaluar el perfil neurocognitivo de pacientes drogodependientes mediante una batería de exploración neuropsicológica y su potencial utilidad como instrumento para mejorar los procesos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Materiales y método:

La muestra de 38 pacientes (tabla 1) fue seleccionada de forma aleatoria del total de los pacientes drogodependientes a tratamiento en la de la Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Vigo CEDRO, entre los años 2009-2012. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS.

Se aplicó la propuesta de protocolo de la Batería neuropsicológica (cuadro n°1) para la rehabilitación cognitiva en drogodependencia (2), en 2 sesiones de evaluación de 60 minutos de duración.

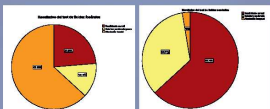
| TABLA N°1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES | | | |
|--|----------|-------------------------|--------------|
| Edad media | 39,95 | Abstinencia >6 Meses | 68,4% |
| Sexo | 31H / 7M | Droga principal | 60% Opiáceos |
| Estudios primarios | 78% | Dosis media de metadona | 33,11 |
| VIII negativo | 84% | Conductas delictivas | 50% |

Cuadro N°1. BATERÍA NEUROPSICOLÓGICA PARA LA REHABILITACIÓN COGNITIVA EN DROGODEPENDENCIA.

- WAIS III de Wechsler (2001). Figuras Incompletas. Claves de números. Serociencias. Artrónicas. Matrices. Dígitos. Búsqueda de símbolos. Letras y números. Índice de memoria de trabajo. Índice de velocidad de proceso.
- Trail Making Test (TMT) o Test de los senderos A-B.
- Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas de A. Rey (2003).
- Batería de función ejecutiva de la BABS de Wilson, Alderman, Burgess, Emalie y Evans (1996): Test del Zoo. Búsqueda de larvas.
- Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC) (Benedet y Alejandre, 1995; Renedet y Alejandre, 1998)
- Fluencia Fonémica y Semántica (FAS).
- Test de los 5 Dígitos (FDT) de A. Soto (2007).
- Iowa Gambling Task (IGT) de A. Bechara (1997).
- Learning test: Go nogo.
- Versión reducida del instrumento clínico de evaluación de la respuesta emocional (COBRE) de Francisco Aguilar de Arocas (2002).
- La escala de Impulsividad UPPS-P (Fyham, Smith, Whiteside, y Cyders, 2006).
- Cuestionario de personalidad Sensibilidad al castigo/ sensibilidad a la recompensa BC/BR de Torrubia et al., 2001.

Resultados:

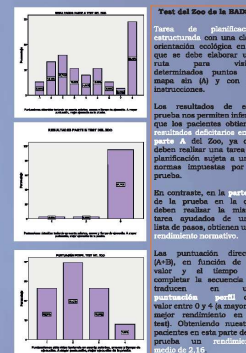
El análisis descriptivo, revela IMT=90,94 e IVP=89,25 del WAIS-III, Puntuación Perfil del test de Zoo = + 2,16 de la BABS, FAS= -2,40sd, TMT-B= 93,22seg y Urgencia positiva= +1,28sd / Afecto Negativo= +0,99sd de la UPPS-P.



La prueba de *Iowa gambling task* se trata de una tarea de producción oral de palabras entre conjeturas fortificas (FAS). Ha sido tradicionalmente relacionada con el funcionamiento del lóbulo frontal. En nuestra muestra el rendimiento está claramente por debajo de la media, obteniendo los pacientes una puntuación media de -2,40sd (cuando de posible selección frontal).

Por otro lado, en la prueba del *Índice semántico* en la que requiere la puesta en marcha de los mecanismos de acceso al léxico (temporal), el rendimiento del 63,16% de los pacientes es calificado como normal.

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Dev. tp. |
|-------------|----|--------|--------|--------|----------|
| IMT | 38 | 75,0 | 113,0 | 90,94 | 12,506 |
| IVP | 38 | 59,0 | 110,0 | 89,25 | 12,236 |
| TMTA | 33 | 22 | 80 | 41,43 | 13,989 |
| TMTB-aptg | 33 | 1 | 3 | 1,66 | 787 |
| TMTB | 33 | 41 | 198 | 93,22 | 40,503 |
| TMTB-aptg | 33 | 1 | 3 | 1,66 | 738 |
| F.Fonem.TIP | 38 | -6,9 | 3,1 | -3,408 | 2,2181 |
| F.Fonem.Apt | 38 | 1 | 3 | 2,39 | 855 |
| F.Fonem | 38 | -2 | 31 | 10,09 | 10,055 |
| SOOL.1 | 38 | -1 | 8 | 3,79 | 3,265 |
| SOOL.3 | 38 | 1 | 8 | 7,68 | 1,378 |
| SOOL.Parc | 38 | 1 | 4 | 2,16 | 916 |
| IGT | 36 | -4 | 40 | 3,3 | 16,239 |
| UFWAF | 37 | 15 | 46 | 33,29 | 7,143 |
| UFWF.Parc | 37 | 13 | 37 | 25,21 | 5,975 |
| UFWF.Parc | 37 | 13 | 33 | 21,78 | 5,106 |
| UFWF.SB | 37 | 23 | 142 | 33,49 | 18,587 |
| UFWF.Apt | 37 | 14 | 34 | 38,03 | 9,906 |
| UFWF.Tot | 36 | 84 | 159 | 143,26 | 18,680 |



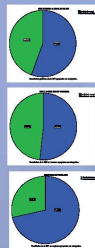
Test del Zoo de la BABS.

Tarea de planificación estructurada con una clara organización ecológica en la que se debe elaborar una ruta para visitar determinados puntos del mapa sin (A) y con (B) instrucciones.

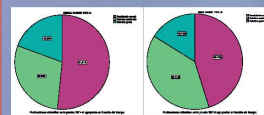
Los resultados de esta prueba nos permiten inferir que los pacientes obtienen puntuaciones inferiores a la parte A del Zoo, ya que deben realizar una tarea de planificación suelta a unas normas impuestas por la prueba.

En contraste, en la parte B de la prueba en la que deben realizar la misma tarea apoyados de una lista de pasos, obtienen un rendimiento normativo.

Las puntuaciones directas (AVB), en función de su valor y el tiempo en completar la secuencia se traduce en una puntuación por sí con valores entre 0 y 5 y a mayor edad mejor rendimiento en el test. Obteniendo nuestros pacientes en esta parte de la prueba un rendimiento medio de 2,16.



La *Iowa gambling task* es una prueba neuropsicológica para simular la toma de decisiones de la vida real que es ampliamente utilizada en la investigación de la cognición y la emoción. En dicha prueba, los pacientes del estudio obtuvieron un rendimiento adaptativo (puntuaciones <0), con una puntuación media de +0,03. Pero, cuando se tiene en cuenta el sexo (Hombres = -1 y Mujeres = +4,29) o la variable conductas delictivas (con CD = -0,28 y sin CD = +6,61) encontramos resultados desadaptativos para los hombres que han cometido actos delictivos.



En el TMT, podemos comprobar que los resultados obtenidos en el subtest 1 (20) son normativos en el 63,16% (velocidad de procesamiento, atención, habilidades visuoespaciales), pero obtienen un rendimiento en la parte 1 (Letras A) y (numeros) (3) (flexibilidad cognitiva, atención alternante) calificado, en un 54,84% de los pacientes, de deterioro moderado a grave.

Discusión:

Diversos estudios han evidenciado la existencia de relación entre los daños en el córtex prefrontal y el consumo de drogas (3-5).

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen de manifiesto un **perfil neuropsicológico** caracterizado por una capacidad intelectual normal-baja en memoria de trabajo y media en velocidad de procesamiento medidos con el WAIS-III, con relación a valores normativos. Además, se aprecia un rendimiento inferior a la media en pruebas más específicas relacionadas con las funciones ejecutivas, principalmente con los componentes ejecutivos (6) de cambio e inhibición.

Aunque para el total de la muestra se hallan puntuaciones adaptativas en toma de decisiones (IGT=+0,03), cuando se analizan los subgrupos sexo y conductas delictivas encontramos, por un lado, que la relación entre sexo e IGT no es significativa (p 0,9), pero puntúan mejor las mujeres [+4,29 (normal)] que los hombres [-1 (patológico)]. Por otro lado, la relación entre IGT y conductas delictivas tampoco es significativa (p 0,54), pero los delincuentes obtienen resultado "negativo" (-0,35) y los no delincuentes puntúan por encima de 0 (1,62); no siendo significativas ninguna de las asociaciones anteriores. Sin embargo, la relación entre sexo y conductas delictivas es significativa (p 0,04), de forma que es más probable que delinca un hombre que una mujer.

Conclusiones:

Los resultados del estudio apoyan la utilidad de la exploración neuropsicológica como instrumento clínico para mejorar la evaluación de los pacientes con trastornos adictivos y contribuir a la mejora de los procesos diagnósticos y terapéuticos, ya que nos permite establecer un perfil neurocognitivo individual, discriminando mejor las áreas deficitarias y conservadas en cada paciente, facilitando la elaboración del plan individual de tratamiento y orientando al profesional hacia qué tipo de estrategias de rehabilitación sería más adecuado utilizar.


Referencias Bibliográficas:

- Lezak, M.D. (1989). Assessment of psychobiological dysfunction resulting head trauma. En M.D. Lezak (Ed.), *Assessment of behavioral consequences of head trauma*. Nueva York: Alan R. Liss.
- Bierra-Valiño, J., Iglesias-Purgueiro, M., Blanco-Pérez, M., Vázquez-Jurto, E., Guillén-Ostoya, C., Domínguez-González, P., Otero-Lamas, J., Piñón-Blanco, A., Iglesias-Vázquez, M. (2011). Atención neuropsicológica en drogodependencia. I.E.S.R. 978-84-933-9141-5. Cádiz: Instituto de Formación Interdisciplinar.
- Vendrell-A. (2004) Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología* 2004; 38: 1109-16
- Jagers RD, Boothe TW (2001). Investigating the neurocognitive associated with chronic drug misuse. *Curr Opin Neurobiol* 11: 290-297
- Vendrell-García, A., Castro-Gilaberto, C., Mercuriano-Rodríguez, M., Aguilar de Arocas, F. y Peña García, M. (2006). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología* 36:1102-1116.
- Isingrup, A., Fredrikson, M., Ericsson, A., Wiklund, A.H., & Ericsson, A. (2005). The unity and diversity of executive functions and their contribution to complex real world tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.



| | |
|--------------|------------|
| N | 38 |
| Edad Md | 39,5 |
| Sexo | 31V / 7M |
| Est.Prim. | 78% |
| VIIH+ | 84% |
| Abst < 6 mes | 68,4% |
| Drog. princ | 60% opiác. |
| Dos Md metad | 33,11 mg/d |
| Ante delict | 50% |

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen de manifiesto un **perfil neuropsicológico** caracterizado por una capacidad intelectual normal-baja en memoria de trabajo y media en velocidad de procesamiento medidos con el WAIS-III, con relación a valores normativos. Además, se aprecia un rendimiento inferior a la media en pruebas más específicas relacionadas con las funciones ejecutivas, principalmente con los **componentes ejecutivos de cambio e inhibición**.



APLICACIONES PRACTICAS
CASOS CLINICOS

1º Caso:

Paciente de 48 años, soltero, con estudios primarios, con larga historia de consumo de heroína por vía IV. VIH +, VHC + y en PTDO reducción del daño.

Adicción Heroína.

Abuso de cannabis y benzodiazepinas

Presenta deterioro cognitivo de moderado a grave:

Los procesos atencionales >Media , especialmente en AS

En los procesos mnésicos si que podemos hablar de un deterioro moderado, tanto LP como CP,

También la MR, generalmente mejor conservada, Intrusiones < Md

La capacidad de aprendizaje , consecuentemente está muy afectada.

IMT (Pc 13) es muy bajo.

Lenguaje verbal.

FS , que se localiza en el lóbulo temporal presenta un deterioro medio.

FF más localizada en el lóbulo frontal si presenta un deterioro moderado a grave

VPI que sólo alcanza un percentil 14.

El RA y la capacidad de conceptualizar, está por debajo de la media

En las FE existe un fracaso evidente en la capacidad de planificación espontánea .

Falla la flexibilidad cognitiva por dificultades en la actualización de la información, perseveración y dificultades en la toma de decisiones.

Dificultades en la inhibición de conducta que prioriza las respuestas de recompensa.

En general podríamos hablar de un deterioro cognitivo de **moderado a grave**.

2º Caso:

Paciente de 43 años, soltero, con estudios primarios. Atendido por consumo perjudicial de cocaína asociada al alcohol.

Se caracteriza por una conducta pasiva, sin motivación especial por ninguna tarea.

Acepta pasivamente cualquier indicación y es fácilmente manejable por sus compañeros. No muestra ningún tipo de expresión emotiva, mostrando un comportamiento alexitímico.

Conclusiones e impresión diagnóstica.

De la observación clínica diaria y las pruebas aplicadas se deduce un conjunto de funciones cognitivas básicas , atención , memoria, lenguaje verbal , razonamiento abstracto y algunos componentes de las FE conservadas , excepto la capacidad de iniciativa para la actuación.

Si tenemos en cuenta el déficit en la fluencia fonética y la abulia, apatía , falta de iniciativa y su completa falta de expresión emocional , podríamos estar en presencia de un Síndrome Mesial Frontal

3º Caso:

Joven de 18 años, soltero, estudios de ESO sin acabar: Es traído por el padre debido al consumo crónico de cannabis.

Déficit importante de los procesos atencionales. Memoria normal con aprendizaje conservado. Excepto MT u operativa.

Lenguaje (F.s, Ff) conservada. Percepción visuoespacial media/baja influída por el déficit atencional.

Planificación y secuenciación eficiente. Poca flexibilidad cognitiva y deficiente inhibición de respuesta.

Conclusiones e impresión diagnóstica.

Adolescente inmaduro, impulsivo, con déficit de atención. Impaciente . Dificultad para inhibir respuestas. Actua sin pensar o calcular los riesgos . Poco ambicioso, rehuye el esfuerzo , conformista, sin perseverancia en las tareas.

Escasa flexibilidad cognitiva.

Poco expresivo afectivamente.

Suficiente capacidad intelectual: Buena capacidad de planificación cuando se le demanda pero sin iniciativa propia . Responde bien cuando hay control externo, pero se abandona cuando no existe.



Propuesta Clínica: Rehabilitación Neuropsicológica en Adicciones

063988

Unidad de terapia ocupacional (1927)

The image shows four metal cookie cutters of various shapes, including a heart, a star, and two irregular shapes, arranged on a wooden surface. The cutters are made of a dark metal, possibly stainless steel, and are slightly reflective. The wooden surface has a natural grain pattern. The text "¿Un modelo?" is centered over the image in a bold, black, sans-serif font.

¿Un modelo?

MODELO INTEGRADOR



Programas Holísticos (Malec y Basford,1996)

- **Ofrecen tratamientos multimodales integrados.**
- **Enfatizan la mejora de la autoconciencia.**
- **Facilitan la aceptación de la alteración del estatus de vida.**
- **Fomentan el entrenamiento de habilidades compensatorias.**
- *** Con el objeto de 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

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).

A wooden surface with several golden-brown cookies shaped like puzzle pieces and a metal cookie cutter in the shape of a puzzle piece.

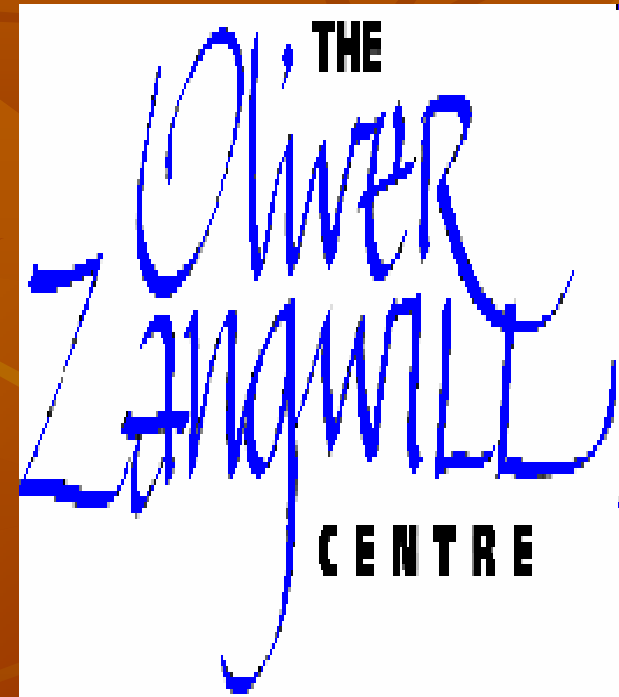
**Programa Holístico de
Rehabilitación
Neuropsicológica**

(Ben-Yishay, Prigatano, Christensen)

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

Técnicas y estrategias

- Fue el profesor de Cambridge O.L. Zangwill (1947), quien sugirió los tres enfoques principales de rehabilitación:
 - - Restauración.
 - - Compensación.
 - - Sustitución.



www.ozc.nhs.uk

Modelo Clínico
de la Atención

Sohlberg y Mateer
(1987)

Memoria
Operativa

Baddeley
(1986, 1990)

MODELOS

Marcador
Somático

Antonio Damasio
(1994)

Sistema
Atencional
Supervisor

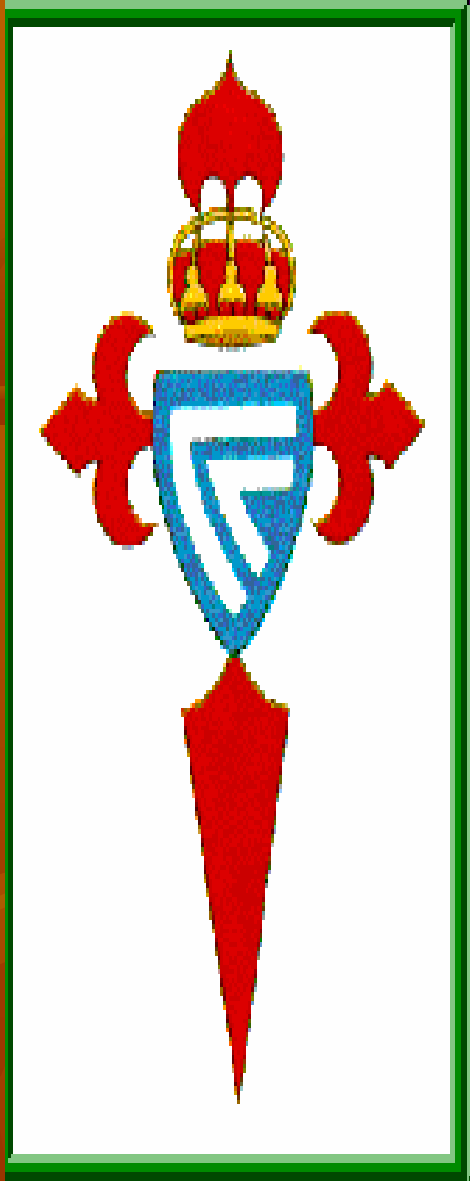
Norman, Shallice
(1980)

Modelo I-Risa

Goldstein, Volkow
(2002)

Componentes
Ejecutivos

Miyake
(2000)



Rehabilitación Cognitiva

- **Batería neuropsicológica para la rehabilitación cognitiva en drogodependencia**

- (I.S.B.N.: 978-84-615-2481-5.2011)

- **Trabajo de la conciencia de déficit (formato grupal)**

- **“EL TRISQUEL (Piñón, A. 2008) Un juego como herramienta de estimulación cognitiva para el tratamiento con drogodependientes”**



- **Trabajo de los procesos de atención, memoria y funciones ejecutivas (formato grupal)**

- **MEMODADO (Piñón, A 2009).**

- Incluye tareas de restitución y sustitución de los subprocessos atencionales y ejecutivos.

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



- **Rehabilitación cognitiva individualizada:**

- Tareas de atención, memoria y función ejecutiva (lápiz y papel, ordenador).

ACTUALIZACIONES

- Revisión y actualización de contenidos teórico/prácticos del Trisquel



- Hepatitis B y C.
- Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y tuberculosis .
- Educación sanitaria.
- 2012 = 700 Pruebas / Preguntas



CEARO

Viernes 9 de Noviembre 2012

Nuevos Fichajes

- PESCO (Programa de Estimulación COgnitiva).
Universidad de Granada.

- Prevención de recaídas
basado en el mindfulness.

- Adaptación del Programa
de Habilidades Sociales del
Dr.Liberman-Program
UCLA.

Ren
follo
imp

The
that

“MODELO INTEGRADOR”

MEMODADO

**TAREAS DE LAPIZ
Y PAPEL**

TRISQUEL

**BATERIA
NEUROPSICOLOGICA**

**TRATAMIENTO BIO-
PSICO-SOCIAL**

**EVALUACION
NEUROPSICOLOGICA**

MINDFULNESS

PESCO

**HABILIDADES SOCIALES-
LIBERMAM**



- **12 Semanas de tratamiento.**

- **36 Sesiones.**

- **3 sesiones semanales.**

- **2 Horas por sesión.**

Protocolo de inicio del PHRN.Drog

- Entrevista clínica.
- Valoración psiquiátrica y funcional.
- Evaluación neuropsicológica.
- Reunión de equipo.
- Lectura de la hoja informativa del proyecto y firma del consentimiento informado del estudio.

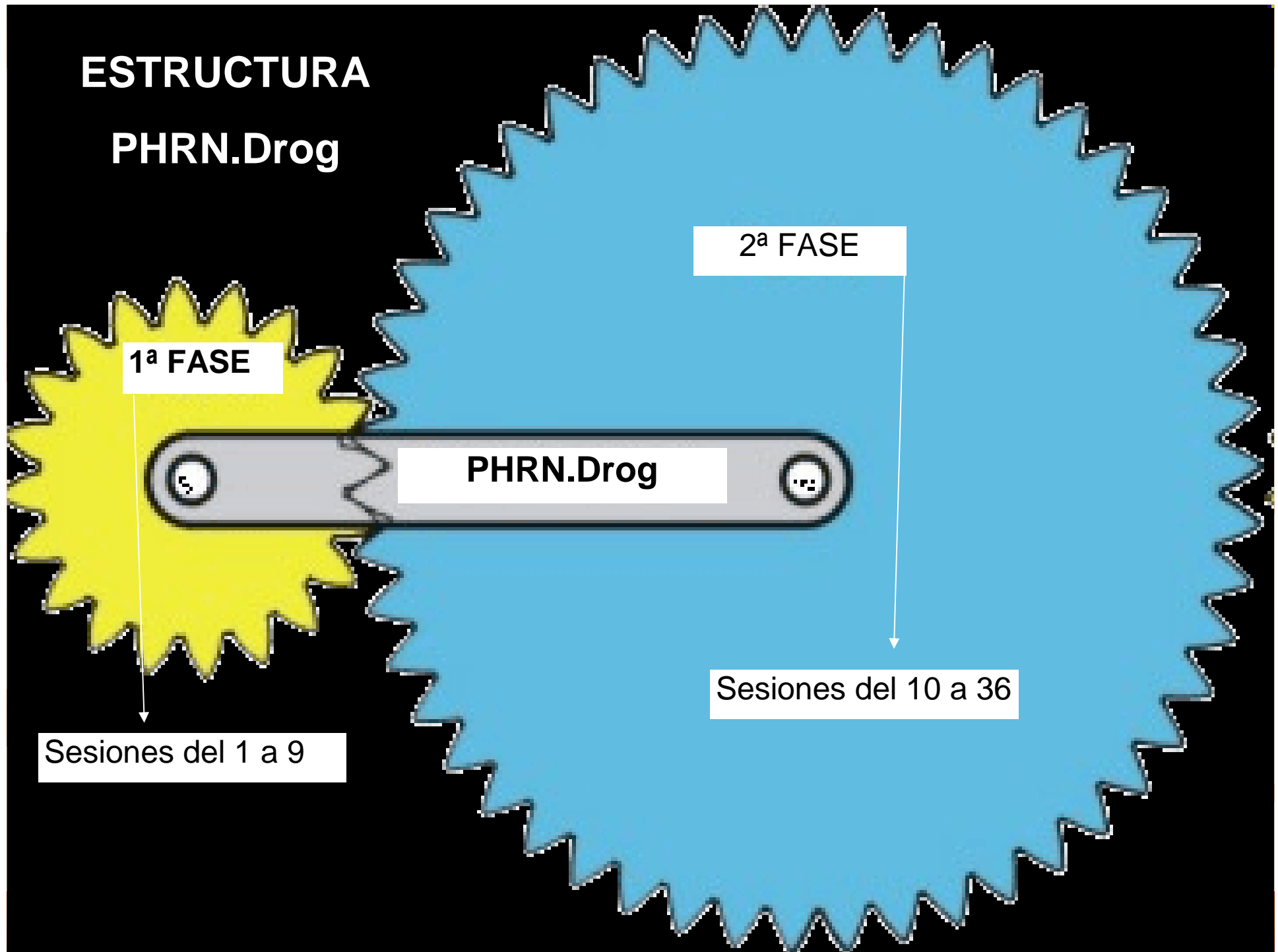
Plan de trabajo

- 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.
 - - Útil.
 -

MÓDULOS DE TRATAMIENTO:



ESTRUCTURA PHRN.Drog



1ª FASE

Sesiones del 1 a 9

2ª FASE

Sesiones del 10 a 36

PHRN.Drog



Objetivos Iniciales:

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

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

1ª FASE

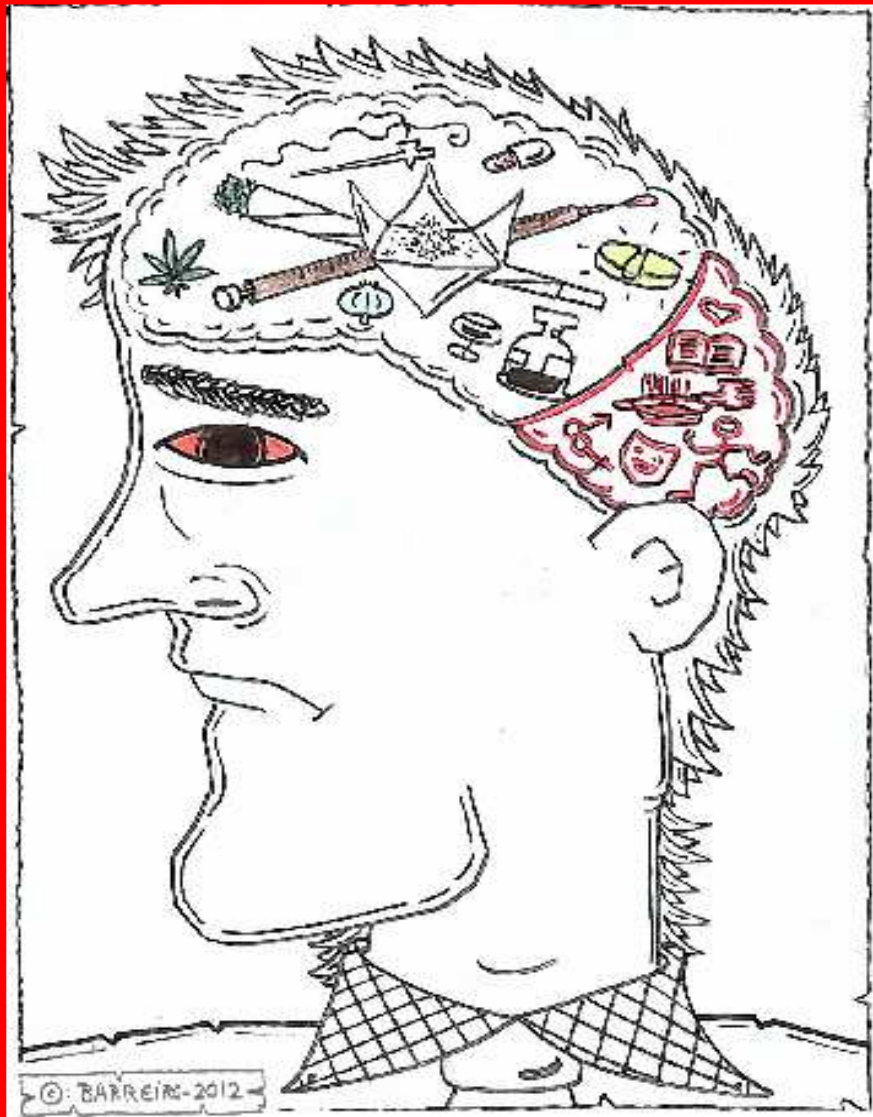
2ª FASE





Modelo I-Risa

(Goldstein y Volkow, 2002)



Propuesta Clínica para la Rehabilitación Neuropsicológica en Adicciones





“GRACIAS”

CONTINUARÁ...

Jorge.cabrera@vigo.org
adolfo.pb@eulensociosanitarios.com