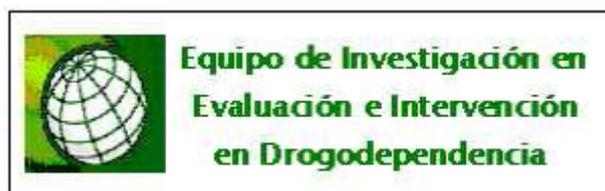




Equipo de Investigación en Evaluación e Intervención en Drogodependencias

Unidad Asistencial de Drogodependencias (CEDRO- VIGO)

**PROGRAMA HOLÍSTICO
DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
PARA PERSONAS CON DÉFICITS
NEUROPSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CONSUMO
DE DROGAS. (PHRN.DROG)**



Ilustraciones realizadas por:

José Carlos Barreiro Solar

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

I.S.B.N.: 84-695-9202-5

Nº Registro: 201385569

*Edita: Equipo de Investigación en Evaluación e Intervención en Drogodependencias.
Instituto de Formación Interdisciplinar. 2013*

ÍNDICE

Prologo	1
1. Introducción	3
2. Programa Holístico de Rehabilitación Neuropsicológica para personas con déficits neuropsicológicos asociados al consumo de drogas.(PHRN.Drog)	5
3. Objetivos	8
4. Sesiones	9
5. Módulos	16
5.1. Modulo sobre la conciencia del déficit	17
5.2. Modulo sobre técnicas de restitución de los subprocesos atencionales	21
5.3. Modulo sobre técnicas de restitución, sustitución y/o compensación de los subsistemas de la memoria	23
5.4. Modulo sobre emociones y función ejecutiva	40
5.5. Modulo sobre inserción socio-laboral	55
6. Miembros del Equipo de Investigación	72
Anexos	73
Anexo 1. Planilla de trabajo de la conciencia del déficit como un proceso metacognitivo	74
Anexo 2. Planilla de sesiones	75
Anexo 3. Hoja informativa del PHRN.Drog	76
Anexo 4. Consentimiento informado del PHRN.Drog	78
Anexo 5. Formulario de consentimiento para participar en un programa de rehabilitación neuropsicológica y de carácter docente	79
Anexo 6. Planilla de asistencia del PHRN.Drog	80
Anexo 7. Encuesta de valoración del PHRN.Drog	81
Anexo 8. Resultados de la encuesta de valoración del PHRN.Drog	83
Anexo 9. Hojas de impresión de la presentación en formato powerpoint del PHRN.Drog	86
Referencias Bibliográficas	90

PROLOGO

La originalidad y la innovación son palabras tremendamente repetidas en los últimos tiempos para casi cualquier actividad humana. Si esta actividad se llama investigación científica, se escucha triplemente. Sin embargo, cuando uno revisa la literatura sobre algunos tópicos se encuentra que la mayoría de los trabajos se parecen entre sí y, en ocasiones, son pequeñas variaciones de trabajos previos. Esto que dicho así de general es probablemente cierto, es mucho más cierto si hablamos de nuevos tratamientos para pacientes drogodependientes.

Por eso, cuando hace algún tiempo conocí la iniciativa de CEDRO de desarrollar un programa de rehabilitación neuropsicológica para pacientes drogodependientes, la idea me encantó. Pero, cuando Adolfo me explicó los distintos productos que había “inventado” me parecieron fantásticos. Aunque inventar no lo puede hacer cualquiera, inventar con rigor científico y profesional es mucho más complicado. Por eso, creo que el Programa Holístico de Rehabilitación Neuropsicológica para pacientes Drogodependientes (PHRN.Drog) es un buen programa principalmente por dos razones:

En primer lugar, porque el programa surge mayoritariamente de profesionales que se enfrentan diariamente al problema de rehabilitar las secuelas neuropsicológicas que producen las drogas. Este hecho proporciona una perspectiva magnífica sobre qué es importante rehabilitar. En algunas ocasiones nos encontramos con programas centrados en aspectos irrelevantes para la rehabilitación del paciente.

En segundo lugar, porque el programa se ha desarrollado basándose en actualizados conocimientos científicos sobre los mecanismos de los déficits neuropsicológicas. Eso proporciona la mejor información posible sobre cómo rehabilitar. De esta manera se evita el trabajo infructuoso de intervenir sobre aspectos fundamentales pero procedimientos y técnicas inoperantes.

En resumen, este programa combina lo mejor de cada casa (el qué y el cómo) para crear un producto magnífico.

Ciertamente, como cualquier novedad y porque es una novedad, el PHRN.Drog tendrá que seguir los pasos necesarios para ser aceptado en comunidad. En ese sentido, al equipo investigador de CEDRO le queda por delante más trabajo del que llevan realizado hasta ahora. La presentación del programa a través de este libro debe suponer el punto de partida de nuevas investigaciones encaminadas a desarrollar y mejorar este novedoso programa para la rehabilitación de las secuelas neuropsicológicas de los pacientes drogodependientes.

Miguel Pérez García
Catedrático de Neuropsicología
Universidad de Granada

1.- INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas ha sido consistentemente asociado con la presencia de alteraciones en distintos procesos neuropsicológicos: memoria, capacidad atencional o funciones ejecutivas (Verdejo, et al 2004).

Últimamente, el interés se centra en investigar como estas alteraciones neuropsicológicas podrían estar relacionadas con el inicio, mantenimiento y recaída en el consumo. Es decir, hasta qué punto es el propio deterioro neuropsicológico el que puede determina el inicio y mantenimiento del consumo de drogas o, por el contrario, es el uso de drogas lo que genera el deterioro neuropsicológico observado (Verdejo, et al 2004). Las evidencias señalan que, probablemente, ambas propuestas son ciertas.

De esta forma, durante los últimos años, hemos asistido al desarrollo de un creciente interés por la mejora de los procedimientos de evaluación neuropsicológica y de rehabilitación neurocognitiva y su aplicación en el tratamiento de los trastornos adictivos.

La rehabilitación cognitiva se basa en los principios de plasticidad, reorganización y regeneración del sistema nervioso central. Por lo que, al hablar de RC es muy importante tener en cuenta el concepto de plasticidad neuronal (Plasticidad neural."The principles of psychology". James W., 1890), según el cual las neuronas adyacentes a una lesión pueden progresivamente "aprender" la función de las neuronas dañadas (Rossini y Sauri, 2000), asumiéndose que las habilidades aprendidas se almacenan en forma de cambios funcionales y/o morfológicos de la eficacia sináptica (Hebb, 1949). Ya Luria en 1973 sostenía que las zonas cerebrales lesionadas podían ser compensadas por las zonas sanas, y mostró que el ejercicio de las funciones puede favorecer el establecimiento de nuevas conexiones neuronales en las zonas dañadas.

Existen tantas definiciones del termino rehabilitación cognitiva como autores han estudiado el tema, pero todas ellas se centran en un aspecto común como es la de considerarla un proceso que se dirige a mejorar o recuperar los déficits existentes en las capacidades cognitivas de un individuo.

Barbara Wilson (1997) sugiere que, el termino RC "puede aplicarse a cualquier estrategia o técnica de intervención que pretenda ayudar a los pacientes y a sus familiares a vivir y a

sobrellevar o reducir los déficits cognitivos resultantes del daño cerebral" y que "es un proceso a través del cual la gente con daño cerebral trabaja junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica" (Barbara Wilson, 1989).

Entendiendo por déficits cognitivos, aquellos que implican la pérdida de autonomía personal y social, que se deben a alteraciones en la memoria, en el lenguaje, en la atención, en el juicio y el razonamiento abstracto y en las habilidades que permiten la organización y resolución de problemas.

Ben-Yishay y Prigatano (1990) la definen como "la atenuación de los déficits en las habilidades para resolver problemas con el objetivo de mejorar la competencia funcional de las situaciones de la vida cotidiana" y para Sohlberg y Mateer "es un proceso terapéutico cuyo objetivo consiste en incrementar o mejorar la capacidad del individuo para procesar y usar la información que entra, así como permitir un funcionamiento adecuado en la vida cotidiana".

Malec y Basford (1996) definen los programas holísticos como 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.

La estrategia holística llevada adelante por Diller (1976), Ben Yishay (1978) y Prigatano (1986)"consiste en intervenciones bien integradas que exceden en la perspectiva, a aquellas altamente específicas y circunscriptas que usualmente se conocen como reparación cognitiva..." (Ben-Yishay & Prigatano, 1990). La estrategia holística considera inútil separar las secuelas cognitivas, psiquiátricas y funcionales de las afectivas en los pacientes con daño cerebral (Ben-Yishay y col 1985). El modelo de Ben-Yishay consiste en una serie de pasos por los cuales el paciente debe transitar en su rehabilitación: compromiso, alerta, dominio, control, aceptación e identidad.

2.- EL PROGRAMA HOLÍSTICO DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA PARA PERSONAS CON DÉFICITS NEUROPSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS. (PHRN.DROG)”

Teniendo en cuenta los trabajos de rehabilitación neuropsicológica en sujetos con daño cerebral referenciados en la literatura, se ha elaborado una propuesta de programa holístico de rehabilitación neuropsicológica para personas con déficits neuropsicológicos asociados al consumo de drogas. (PHRN.DROG).

A la hora de diseñar el programa se han tenido en cuenta los siguientes principios metodológicos:

- Realizar una evaluación neuropsicológica que nos proporcione información acerca de las funciones alteradas y preservadas, que además, nos servirá para analizar y cuantificar los cambios y mejoras alcanzadas tras la rehabilitación cognitiva.
- Establecimiento de objetivos específicos a conseguir con cada paciente a corto, medio o largo plazo, teniendo en cuenta las necesidades, intereses o actividades propias del paciente.
- Jerarquización, organizando las áreas afectadas siguiendo un orden jerárquico, de aspectos inespecíficos a específicos y progresando en cuanto a nivel de dificultad.
- Proporcionar al paciente una retroalimentación (feedback) sobre el rendimiento, de manera que el sujeto reciba información de su evolución.

Teniendo en cuenta los estudios referenciados en la literatura y siguiendo los principios metodológicos anteriormente citados, se ha elaborado una propuesta de programa holístico de rehabilitación neuropsicológica (PHRN.Drog) adaptado a una unidad asistencial de drogodependencias.

El Programa ha sido estructurado en cinco módulos de tratamiento:



1. Modulo sobre la conciencia del déficit.
2. Modulo sobre técnicas de restitución de los subprocesos atencionales.
3. Modulo de técnicas de restitución, sustitución y/o compensación de los subsistemas de la memoria.
4. Modulo sobre emociones y función ejecutiva.
5. Modulo de inserción socio-laboral.

La asignación al programa de tratamiento deberá realizarse siguiendo el protocolo de inicio del programa (Tabla N° 1).

- **Entrevista clínica.** Información sobre el PHRN y valoración previa al inicio del proceso de evaluación.
- **Valoración psiquiátrica y funcional.**
- **Evaluación neuropsicológica.** Se realizará una valoración neuropsicológica a todos los pacientes interesados en realizar el programa de rehabilitación.
- **Reunión de equipo.** El medico/terapeuta/psicólogo se reúnen para compartir los resultados obtenidos en la entrevista clínica y la evaluación, con el objeto de integrar los resultados cualitativos y cuantitativos obtenidos durante el proceso de valoración y decidir si el usuario puede ser un candidato a iniciar el programa.
- **Asignación del paciente a un modulo de tratamiento.** La asignación de los pacientes al programa de rehabilitación neuropsicológica debe realizarse teniendo en cuenta las capacidades cognitivas, emocionales y de personalidad de cada usuario así como sus expectativas de tratamiento.

Tabla N° 1. Protocolo de inicio del PHRN. Drog

Y debe ser realizada, tras la evaluación neuropsicológica (Tabla N° 2) y psiquiátrica, en una reunión de equipo y comunicada al paciente el día que se le entregan los resultados del informe de evaluación.

Pruebas aplicadas en la fase de evaluación neuropsicológica. (Batería Neuropsicologica Cedro-Ribeira).
WAIS III de Wechsler (1981): <ul style="list-style-type: none"> • Figuras incompletas. • Claves de números. • Semejanzas. • Aritmética. • 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.
Batería de función ejecutiva de la BADS de Wilson, Alderman, Burgess, Emslie y Evans (1996): <ul style="list-style-type: none"> • Test del Zoo.
Fluencia Fonemica y Semántica (FAS).
Test de los 5 Dígitos (FDT) de A. Sedo (2007).
Iowa Gambling Task (IGT) de A. Bechara (1997).
La escala de impulsividad UPPS-P (Lynam, Smith, Whiteside, y Cyders, 2006).
SCL-90-R (Derogatis)
Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)
Inventario competencia situacional (DCTQ)

Tabla N° 2. Pruebas aplicadas en la fase de evaluación neuropsicológica del PHRN.Drog

Con respecto a los criterios de inclusión del PHRN.Drog. Pueden acceder al programa de rehabilitación todos los pacientes de la Unidad Asistencial de Drogodependencias a tratamiento ambulatorio y semirresidencial, que previamente hayan pasado por el proceso de evaluación del programa y que no cumplan ninguno de los criterios de exclusión (Tabla N° 3).

Quedan excluidos del programa de rehabilitación aquellos pacientes:

- Que presentaran deficiencia intelectual definida como CI<70.
- Tuviesen antecedentes de patología neurológica (TCE, ACV, etc.).
- Estuviesen en un proceso psiquiátrico agudo.
- No estuvieran abstinentes (un periodo de abstinencia mínimo de 15 días).

Tabla N° 3. Criterios de exclusión.

Antes de iniciar el programa, se realizara una sesión de presentación en formato powerpoint (Anexo N° 9) en la que se le explicara de una manera dinámica y amena las características e idiosincrasia del programa que van a empezar a realizar.

3.- OBJETIVOS

En el presente proyecto, pretendemos valorar el funcionamiento neuropsicológico de los sujetos participantes en el proyecto, y el efecto que un programa holístico de rehabilitación neuropsicológica produce en su rendimiento cognitivo, ejecutivo y emocional.

A continuación se describen los objetivos del programa de una manera mas sintetizada. Siendo categorizados en objetivos de primer nivel aquellos que deben lograrse en las fases iniciales del tratamiento y de segundo nivel los que se pretende lograr al final del mismo.

Objetivos de primer nivel:

- Aceptación de la dinámica del programa por parte de los pacientes.
- Establecer un contexto (miliu terapéutico).
- Continuidad en el programa (planilla de asistencia).
- Alcanzar un nivel cognitivo óptimo, 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 teórico-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.

4.- SESIONES DEL PHRN.DROG

El programa consta de 36 Sesiones distribuidas en 12 Semanas de tratamiento (+/-3 meses) y organizadas en tres sesiones a la semana.

En cada sesión, se trabajaran aspectos teóricos y prácticos abordados de una manera dinámica y siguiendo un modelo de plantilla (Anexo N° 2) común para todas las sesiones y con la siguiente estructura:

- Antes de empezar la sesión se mantiene una pequeña fase social en la que se trata de mostrar cercanía al paciente y se le pregunta por las sensaciones percibidas en la sesión anterior.
- Primera parte de la sesión (50 minutos).
- Descanso (20 minutos).
- Segunda parte de la sesión (50 minutos).

A continuación, se describen de manera sucinta, las 36 sesiones que componen el programa holístico de rehabilitación:

1ª Sesión. Presentación del programa holístico de rehabilitación neuropsicológica. Registro y Screening del programa PESCO.

DESCANSO

Trabajo en formato grupal con técnicas de restitución, compensación y sustitución de los subsistemas de la memoria con el programa de estimulación cognitiva "Memorado". Sesión N° 1

2ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit. Sesión teórico-práctica sobre los modelos neuropsicológicos de las adicciones.

DESCANSO

Screening pre-estimulación del programa PESCO.

3ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit en formato individual con ejercicios de lápiz y papel.

DESCANSO

Trabajo sobre la conciencia del déficit en formato grupal a través del juego terapéutico "El trisquel".

4ª Sesión. Habilidades sociales (1).

DESCANSO

MEMODADO. Sesión N° 2

5ª Sesión. Trabajo individual con técnicas de restitución de los subprocesos atencionales con tareas de lápiz/papel y ordenador.

DESCANSO.

Sesión teórico-práctica sobre la neuropsicología de atención.

6ª Sesión. Trabajo individual con técnicas de restitución de los subprocesos atencionales con tareas de lápiz/papel y ordenador.

DESCANSO

Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

7ª Sesión. Habilidades sociales (2).

DESCANSO

MEMODADO. Sesión N° 3

8ª Sesión. Prevención de recaídas para conductas adictivas basado en el mindfulness. Sesión de evaluación.

DESCANSO.

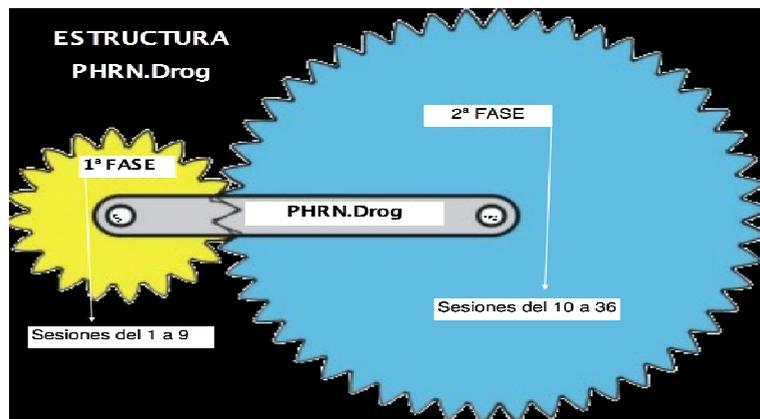
Trabajo individual con el programa de estimulación cognitiva "PESCO".

9ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit. Sesión teórico-práctica sobre la neuropsicología de la memoria.

DESCANSO.

Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

A partir de la sesión N° 10 aquellos pacientes que hayan cumplido con los objetivos marcados al inicio del programa iniciarán la segunda fase del tratamiento, más orientada a la estimulación de las funciones ejecutivas.



10ª Sesión. Habilidades sociales (3).

DESCANSO.

Trabajo sobre la conciencia del déficit y MEMODADO. Sesión N° 4

11ª Sesión. Prevención de recaídas para conductas adictivas basado en el mindfulness (1).

DESCANSO.

Trabajo individual con el programa de estimulación cognitiva "PESCO".

12ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

DESCANSO.

Tutoría.

13ª Sesión. Habilidades sociales (4).

DESCANSO.

MEMODADO. Sesión N° 5

14ª Sesión. Prevención de recaídas para conductas adictivas basado en el mindfulness (2).

DESCANSO.

Trabajo individual con el programa de estimulación cognitiva "PESCO".

15ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

DESCANSO.

Tutoría.

16ª Sesión. Habilidades sociales (5).

DESCANSO.

MEMODADO. Sesión N° 6

17ª Sesión. Prevención de recaídas para conductas adictivas basado en el mindfulness (3).

DESCANSO.

Trabajo individual con el programa de estimulación cognitiva "PESCO".

18ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

DESCANSO.

Tutoría.

19ª Sesión. Habilidades sociales (6).

DESCANSO.

MEMODADO. Sesión N° 7

20ª Sesión. Prevención de recaídas para conductas adictivas basado en el mindfulness (4).

DESCANSO.

Trabajo individual con el programa de estimulación cognitiva "PESCO".

21ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

DESCANSO.

Tutoría.

22ª Sesión. Habilidades sociales (7).

DESCANSO.

MEMODADO. Sesión N° 8

23ª Sesión. Prevención de recaídas para conductas adictivas basado en el mindfulness (5).

DESCANSO.

Trabajo individual con el programa de estimulación cognitiva "PESCO".

24ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

DESCANSO.

Tutoría.

25ª Sesión. Habilidades sociales (8).

DESCANSO.

MEMODADO. Sesión N° 9

26ª Sesión. Prevención de recaídas para conductas adictivas basado en el mindfulness (6).

DESCANSO.

Trabajo individual con el programa de estimulación cognitiva "PESCO".

27ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

DESCANSO.

Tutoría.

28ª Sesión. Habilidades sociales (9).

DESCANSO.

MEMODADO. Sesión N° 10

29ª Sesión. Prevención de recaídas para conductas adictivas basado en el mindfulness (7).

DESCANSO.

Trabajo individual con el programa de estimulación cognitiva "PESCO".

30ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

DESCANSO.

Tutoría.

31ª Sesión. Habilidades sociales (10).

DESCANSO.

MEMODADO. Sesión N° 11

32ª Sesión. Prevención de recaídas para conductas adictivas basado en el mindfulness (8).

DESCANSO.

Trabajo individual con el programa de estimulación cognitiva "PESCO".

33ª Sesión. Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

DESCANSO.

Tutoría.

34ª Sesión. Habilidades sociales (11).

DESCANSO.

MEMODADO. Sesión N°12

35ª Sesión. Prevención de recaídas para conductas adictivas basado en el mindfulness. Sesión de evaluación-post.

DESCANSO.

Trabajo individual con el programa de estimulación cognitiva "PESCO".

36ª Sesión. Evaluación Cognitiva Post-Estimulación del programa PESCO.

DESCANSO.

Trabajo sobre la conciencia del déficit "El trisquel".

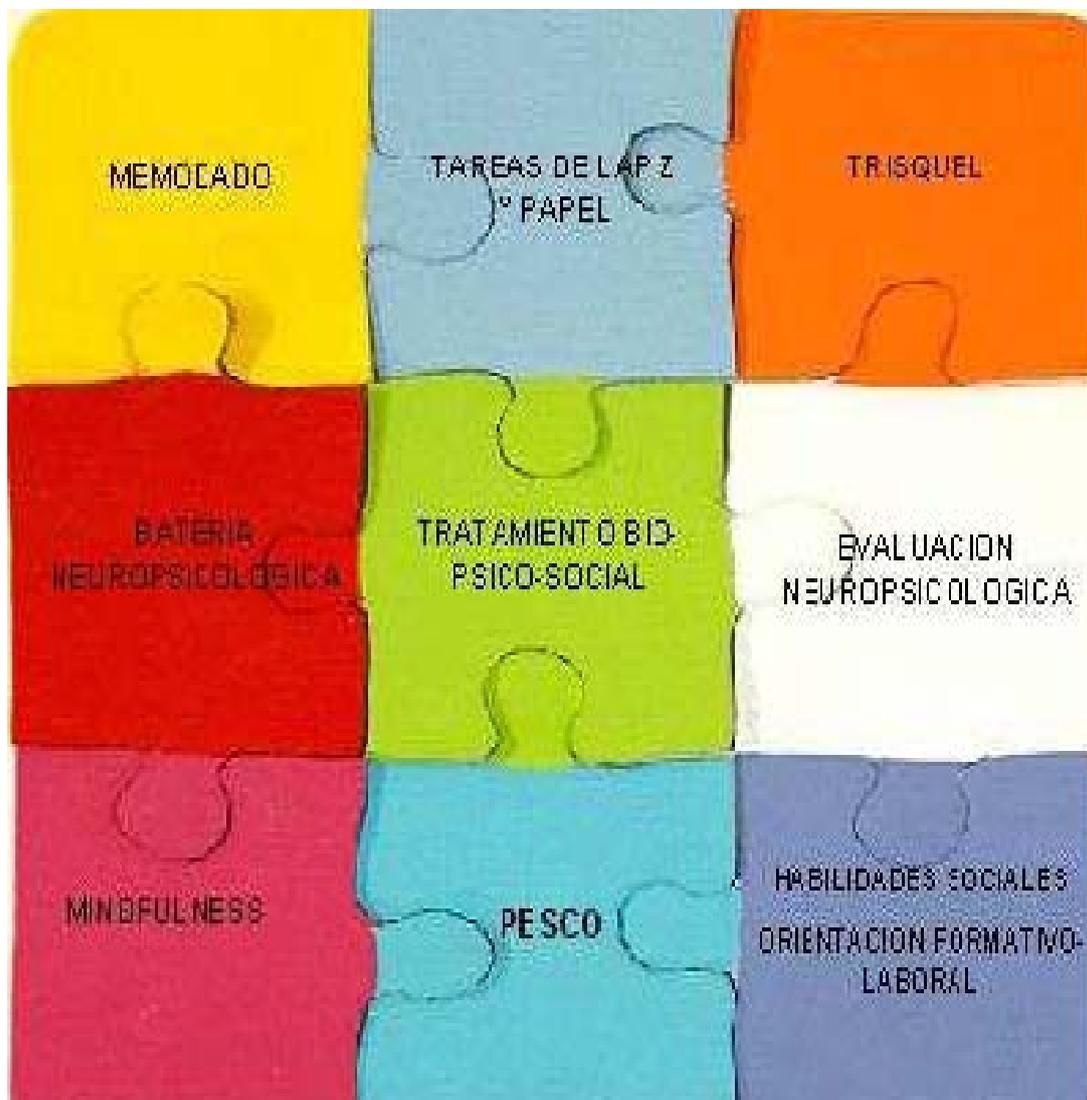
Una vez a la semana se realizara una tutoría con cada paciente durante un intervalo de 20 minutos, con el objeto de valorar la evolución y adaptación del paciente al programa holístico de rehabilitación neuropsicológica (PHRN.Drog).

Por ultimo, al finalizar las 36 sesiones programadas se realizara una valoración neuropsicológica con el objeto de objetivar las posibles mejorías.

Pruebas aplicadas en la fase de evaluación neuropsicológica. (Batería Neuropsicologica Cedro-Ribeira).
WAIS III de Wechsler (1981): <ul style="list-style-type: none"> • Claves de números. • Aritmética. • 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.
Batería de función ejecutiva de la BADS de Wilson, Alderman, Burgess, Emslie y Evans (1996): <ul style="list-style-type: none"> • Test del Zoo.
Fluencia Fonemica y Semántica (FAS).
Test de los 5 Dígitos (FDT) de A. Sedo (2007).
Iowa Gambling Task (IGT) de A. Bechara (1997).
Test de Palabras y Colores- STROOP (Golden, 2005)
SCL-90-R (Derogatis)
Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)
Inventario competencia situacional (DCTQ)

El programa se dará por finalizado cuando se hayan realizado las 36 sesiones programadas (34 de rehabilitación y 2 de evaluación).

5.- MÓDULOS DEL PHRN.DROG



A continuación, se describen los módulos que integran el programa holístico de rehabilitación neuropsicológica propuesto.

5.1. Modulo sobre la conciencia del déficit:

La rehabilitación de la falta de conciencia de las alteraciones que han sufrido y de los cambios en su identidad y personalidad son aspectos de una gran importancia (Diller y Ben-Yishay, 2003).



El trabajo en este modulo se articula de la siguiente manera:

En las primeras sesiones del programa, se realiza un trabajo individual en un contexto grupal.

Las sesiones tienen una duración aproximada de 50 minutos y en ellas se trabaja sobre una planilla (Anexo N° 1) las tres fases de la conciencia del déficit entendida como un proceso metacognitivo.

- **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.

Al finalizar el trabajo individual se dedican 15 minutos para poner en común, el trabajo realizado.

A partir de la cuarta semana, se pasa a trabajar la conciencia del déficit solo en formato grupal, con el programa de rehabilitación "El trisquel", en sesiones de +/-60 minutos de duración y con una frecuencia semanal.

El Trisquel (Piñón-Blanco, A. 2008) es un programa de rehabilitación de la conciencia del déficit en formato de juego de mesa utilizado para trabajar las funciones cognitivas de nuestra población drogodependiente.



Consta de un tablero, tres piezas de barro con la figura de un trisquel, doce trisquelitos de barro un dado, cinco bloques de tarjetas identificativos con pruebas o preguntas, hojas de respuestas, un dístico con las reglas del juego y una guía para el usuario (Piñón, A. 2009), siendo la dinámica del juego similar al popular trivial.

Las preguntas y pruebas que componen los bloques temáticos del juego fueron adaptados a la idiosincrasia y características cognitivas y de tratamiento de nuestros usuarios (Grado de dificultad, temas a tratar), tomando como referencia las evaluaciones neuropsicológicas realizadas a la mayoría de los sujetos que participaron en el estudio.

Al profesional (psicólogo/educador), le permite ser un observador de lujo de las interacciones comunicativas que se dan a lo largo del juego y a su vez le ofrece la posibilidad de profundizar en un amplio abanico de temas que van desde la prevención de recaídas, tabaquismo, reducción del daño, emociones, hasta la función pragmática de la comunicación (Watzlawich, P. (1993)), pudiendo ser utilizado en su parte más neuropsicológica, como una radiografía o indicador del estado cognitivo actual de los sujetos participantes en el juego.

Desarrollo de las sesiones:



- Las sesiones tienen una frecuencia semanal y una duración aproximada de una hora.
- La duración de la sesión la marca el azar (dado) o el moderador, ya que si se realizan bastantes intervenciones terapéuticas in situ (modificaciones de conducta, aclaraciones de conceptos teóricos,...), la sesión tiende a alargarse.
- Antes de empezar la sesión se mantiene una pequeña fase social en la que se trata de mostrar cercanía al paciente y se le pregunta por las sensaciones percibidas en la sesión anterior.
- El número mínimo de jugadores es de dos y el máximo se recomienda no supere los nueve participantes. Aunque el número ideal de participantes es de tres si queremos evaluar (uno por equipo) o de seis (dos por equipo) si se pretende trabajar aspectos de la interacción grupal.
- Seguidamente se definen los componentes de los tres equipos (de una a tres personas por equipo como máximo), procurando que no se repitan los mismos emparejamientos de la sesión anterior.

- Una vez que todos están sentados y preparados para iniciar el juego (en silencio), empezamos.



- Cada equipo tira el dado una vez y el que obtenga el número mas alto elige un color (azul, naranja o amarillo) y empieza la partida el primero.
- La dinámica y normas del juego están en el dícitico “Reglas del Juego”.
- Durante la partida es imprescindible que se respeten los turnos a la hora de contestar las preguntas, así como se debe evitar que otros participantes contesten fuera de su turno.
- Cada sesión puede ser más o menos estructurada en cuanto al trabajo de los aspectos teóricos se refiere, ya que los tacos de tarjetas con las pruebas están ordenados (de lo básico a lo elaborado) numéricamente por temas a tratar. Esto le da libertad al moderador, ya que le permite definir previamente que conceptos teóricos es prioritario trabajar o en donde seria recomendable abrir un debate.
- Finalizada la partida, se les recuerda que tienen un buzón de sugerencias en donde pueden aportar propuestas, quejas o apreciaciones y acto seguido se da por finalizada la sesión.

A lo largo del programa, el trabajo sobre la conciencia del déficit cobra especial relevancia, ya que los pacientes van haciéndose cada vez más conscientes de las verdaderas dificultades que tienen a la hora de realizar determinadas tareas cotidianas, a la vez que reciben un feedback de su evolución en el programa. Motivo por el cual, en el contexto de las tutorías se debe realizar un seguimiento continuado de los avances del paciente y sus tan necesarios ajustes, ya que, mejorías cognitivas suelen producir alteraciones comportamentales y desajustes en la percepción de las expectativas de futuro.

5.2. Modulo sobre técnicas de restitución de los subprocesos atencionales.

El trabajo en este modulo se realiza a través del programa informatizado de estimulación cognitiva PESCO (Copyright (C) 2010 Guadalinfo.es Copyright (C) 2010 Consorcio Fernando de los Ríos) cuyo objetivo principal es el de 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, una o dos veces en semana. Durante estas sesiones se realizarán distintas tareas. Primero se realizará el registro y el *screening* pre-estimulación cognitiva.

A continuación se llevarán a cabo las sesiones de estimulación cognitiva, que se estructuran de modo que cada ejercicio se repita de una forma equilibrada, teniendo en cuenta la función cognitiva a rehabilitar. Al finalizar el programa se dedicará una sesión a realizar la evaluación post-estimulación, para valorar la efectividad del programa de estimulación aplicado.



PESCO (Programa de Estimulación Cognitiva)

De una manera aproximada y resumida, las doce sesiones se repartirán de la siguiente manera:

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. En cada sesión se ofrecerá un número y tipo concreto de ejercicios que el usuario debe realizar, registrándose los resultados para obtener la información de progreso. Se planificarán teniendo en cuenta la duración de cada ejercicio, de forma que se produzca un reparto equitativo entre todas las funciones cognitivas a rehabilitar. En las sesiones donde se incluyan ejercicios de memoria se tendrá que tener en cuenta el recuerdo a largo plazo al finalizar la sesión. Una posible planificación de estas sesiones es la que se indica a continuación, aunque éstas se podrán modificar. Hay que tener en cuenta que si un sujeto abandona alguna sesión, la próxima vez que acceda al programa continúa con el mismo ejercicio que dejó sin acabar, empezando la nueva sesión por dicho ejercicio, desde el principio del mismo.

Sesión 12:

Evaluación Cognitiva Post-Estimulación. Se repetirán los mismos ejercicios que en el Screening Pre- Estimulación.

Además de las tareas de estimulación realizadas con el PESCO, se realizan tareas de restitución de los diferentes subprocesos atencionales y ejecutivos a través de tareas de lápiz y papel de 40 Minutos de duración (tachado de claves, diferencias, memoria visual, historias de Happe, inhibición cognitiva, paradigma stroop, paradigma de Stenberg, tareas de inhibición conductual tipo taping,...).

5.3. Modulo de técnicas de restitución, sustitución y/o compensación de los subsistemas de la memoria.

El trabajo en este modulo se realiza a través de la utilización del instrumento de rehabilitación cognitiva "Memodado" que describimos a continuación:



El Memodado (Piñón-Blanco, A. 2009) es una herramienta de estimulación cognitiva, elaborada con el objeto de ayudar 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 básicamente de 12 dados de madera, una guía para el profesional (Piñón, A. 2010) en la que vienen descritos los 35 tipos diferentes de pruebas que se pueden realizar con los dados, además de otros contenidos, un tablero, tres piezas de barro con la figura de un trisquel (azul, naranja o amarillo), y un dístico con las reglas del juego siendo la dinámica del juego similar al popular juego de la oca en su versión con tablero y parecida al juego de los dados en su versión sin tablero.

A su vez, con las seis caras de los dados se pueden realizar hasta 35 pruebas diferentes que nos permiten estimular a la vez que evaluar, una amplia variedad de funciones cognitivas implicadas en los procesos atencionales y de memoria:

- Letras: Fluidez fonémica, memoria semántica y operativa, span atencional y verbal.
- Números: Cálculo, memoria operativa, span atencional y verbal.
- Palabras: Span, memoria semántica, pares asociados, supresión articulatoria recuerdo libre y reconocimiento inmediato verbal.
- Palabras sin sentido: Span, pares asociados, supresión articulatoria recuerdo libre y reconocimiento inmediato verbal.
- Colores: Span, recuerdo libre, pares asociados y reconocimiento inmediato visual.
- Herramientas: Span, recuerdo libre, pares asociados y reconocimiento inmediato visual.

Los 35 tipos de pruebas se pueden agrupar en los siguientes ocho grandes bloques:

Recuerdo libre inmediato: Prueba consistente en la presentación de una serie de palabras, números, letras, imágenes, colores o palabras sin sentido que deben ser repetidas pasados unos segundos. Se le pide al sujeto que trate de repetir la secuencia previamente presentada, sin darle ningún tipo de pista y sin importar el orden. En general el recuerdo siempre implica más dificultad que el simple reconocimiento.

Reconocimiento: Las pruebas de reconocimiento se basan en la presentación de una unidad, una serie o un grupo de palabras, números, letras, imágenes, colores o palabras sin sentido que más tarde han de ser reconocidas entre un grupo de distractores. Se le pide al paciente que memorice una palabra, a continuación se mezcla esa palabra con otras y se le pide que trate de reconocer la palabra previamente mostrada entre el resto de palabras distractoras.

Supresión articulatoria: Esta prueba fue utilizada por Brown y Peterson (1959) para valorar el efecto que una tarea de interferencia puede producir en la curva de la memoria (Hermann Ebbinghaus, 1885) , y en el recuerdo posterior. Una tarea tipo, podría ser que mientras el sujeto está diciendo bla,bla,bla,....se lee una lista de palabras que debe ser repetida en el mismo orden. Lo que pretende esta tarea es evitar la repetición subvocal que realiza el bucle articulatorio del lazo fonológico.

Fluidez fonemica: La prueba consiste en la petición que se le realiza al paciente de que diga palabras que empiecen por una letra determinada. El test FAS es un cuestionario de fluidez fonemica en el que se pide a los pacientes que digan palabras que empiezan por la letra F, A y S. Con esta tarea se valora el rendimiento del paciente en áreas relacionadas con las funciones ejecutivas.

Span verbal: Tarea verbal consistente en la repetición de una secuencia de palabras o dígitos en el mismo orden en el que fueron leídas. El objetivo de esta prueba es el de medir o valorar la amplitud de la memoria verbal inmediata y suele ser de 7 ± 2 (Miller, R. 1956) dígitos, palabras,....

Memoria operativa/ejecutivo central: Las pruebas que valoran la memoria de trabajo y en concreto el ejecutivo central están basadas en las pruebas del WAIS de Wechler tipo dígitos orden inverso, letras y números.

Calculo: El cálculo, desde el punto de vista neuropsicológico es una función muy compleja, ya que en una simple suma intervienen gran cantidad de funciones cognitivas: Comprensión verbal, percepción, representación número/símbolo; discriminación visoespacial, memoria a corto y largo plazo, razonamiento y atención. Además, si el cálculo se hace mentalmente, la información numérica y de las reglas de cálculo se deben mantener durante un tiempo en la memoria operativa. Tarea consistente en la realización de operaciones simples tipo sumas y restas.

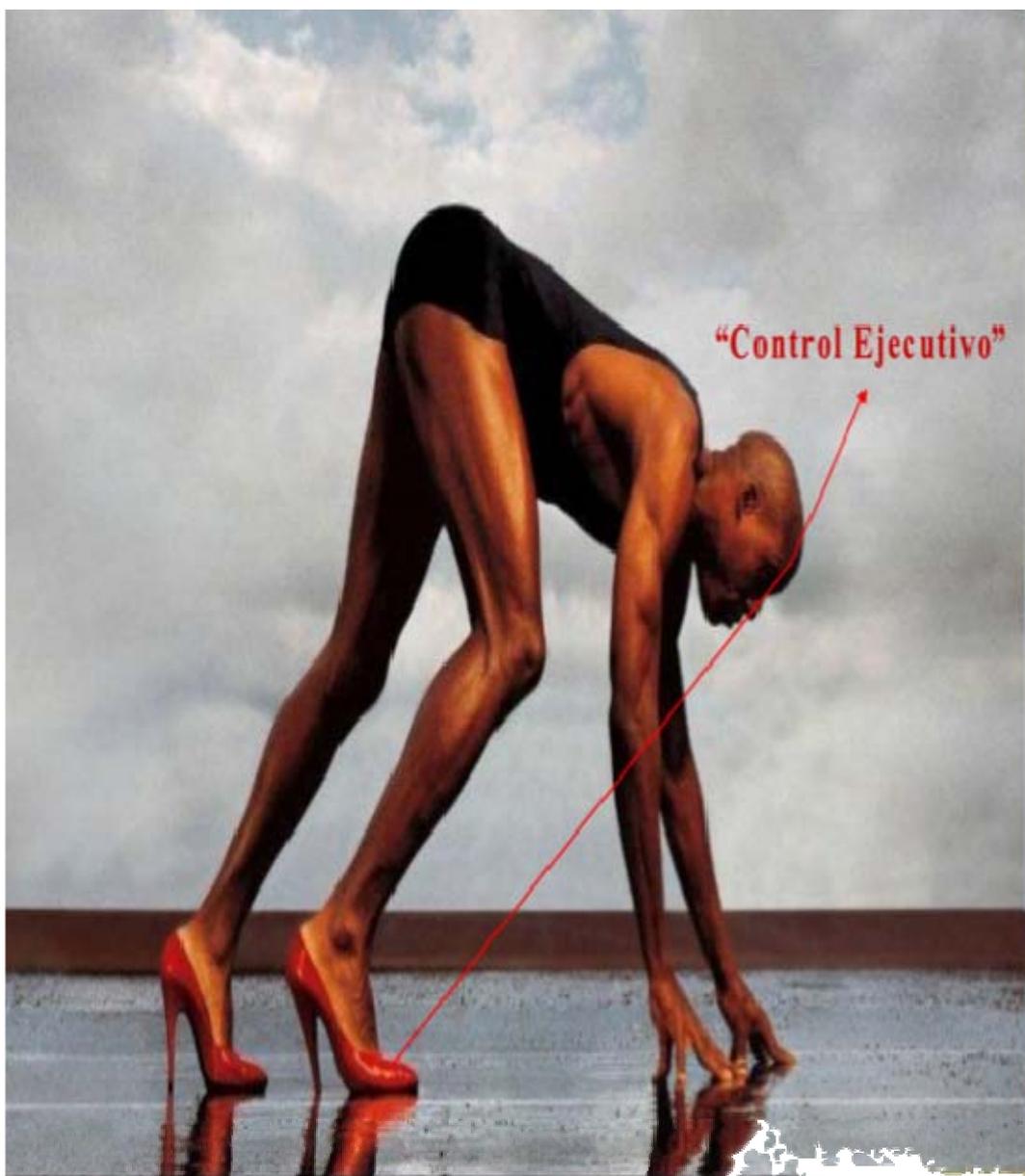
La resolución de problemas matemáticos ilustra el comportamiento en relación con el fallo frontal (A.R.Luria).

Pares asociados: Tarea muy utilizada en el estudio de la memoria y que consiste en que un determinado número de palabras, herramientas, colores o palabras sin sentido tienen que ser recordadas, de tal manera que primero le enseñamos los pares asociados que deben memorizar (rojo-verde, nueces-pera) y después solamente le mostramos una de ellas (rojo- , nueces-) teniéndonos que decir el sujeto cual es su pareja (verde, pera).

El modulo esta formado por las sesiones que se detallan a continuación:

Nº SESIÓN	1
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subprocesos Atencionales.
MATERIAL NECESARIO	Dados del memodado y manual del profesional Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz.
MATERIAL MULTIMEDIA	No
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Explicación del modelo clínico de la atención de Sohlberg y Mateer, con el objeto de entender la jerarquización de las tareas de estimulación cognitiva y la graduación de su dificultad.
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (45 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Tareas de Span verbal dígitos orden directo-números (lazo fonologico). - Tareas de Span verbal dígitos orden directo-letras (lazo fonologico). - Tareas de Span visual orden directo-imágenes (agenda visuo espacial). - Tareas de Span verbal orden directo-palabras (lazo fonologico). - Tareas de Span visual orden directo-colores (agenda visoespacial). - Tareas de Span verbal orden directo-palabras sin sentido (lazo fonologico).

Nº SESIÓN	2
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subprocesos Atencionales.
MATERIAL NECESARIO	Dados del memodado y manual del profesional Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz. Lamina: Potencia sin control no sirve de nada.
MATERIAL MULTIMEDIA	No
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Concepto de procesos automáticos y controlados a través del modelo del sistema atencional supervisor (SAS) de Norman y Shallice.
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (45 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Tareas de Span verbal dígitos orden directo-números (lazo fonológico). - Tareas de Span verbal dígitos orden inverso-números (lazo fonológico). - Tareas de Span visual orden directo-imágenes (agenda visuo espacial). - Tareas de Span visual orden inverso-imágenes (agenda visuo espacial). - Tareas de Span verbal orden directo-palabras (lazo fonológico). - Tareas de Span verbal orden inverso-palabras (lazo fonológico).



“Control Ejecutivo”

LA POTENCIA SIN CONTROL, NO SIRVE DE NADA

Nº SESIÓN	3
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subprocesos atencionales y Memoria operativa.
MATERIAL NECESARIO	Dados del memodado y manual del profesional. Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz.
MATERIAL MULTIMEDIA: VIDEO	¿Memoria de pez? (7 minutos)
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Explicación del concepto "trabajando con la memoria" a través del modelo de memoria operativa de Baddeley.
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 45 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> • Tareas de Span verbal dígitos orden directo-números (lazo fonológico). • Tareas de Span verbal dígitos orden directo-letras (lazo fonológico). • Tareas de Span verbal orden directo-palabras sin sentido (lazo fonológico). • Tareas de Span verbal orden directo-palabras (lazo fonológico). • Tareas de Span visual orden directo-colores (agenda visoespacial). • Tareas de Span visual orden directo-imágenes (agenda visuo espacial). • Span verbal – Ordenar letras y números (ejecutivo central). • Span verbal – Dígitos orden inverso (ejecutivo central). • Supresión articulatoria palabras (ejecutivo central).

Nº SESIÓN	4
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subprocesos atencionales y Memoria operativa.
MATERIAL NECESARIO	Dados del memodado y manual del profesional. Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz..
MATERIAL MULTIMEDIA: VIDEO	No
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (10 MINUTOS)	Repaso del concepto "trabajando con la memoria" a través del modelo de memoria operativa de Baddeley y su relación con los procesos automáticos/controlados de Norman y Shallice.
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 50 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> -Tareas de fluidez fonetica. -Tareas de fluidez semántica. -Elaboración de palabras con sentido.

N° SESIÓN	5
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subprocesos atencionales y componentes estratégicos de la memoria.
MATERIAL NECESARIO	Dados del memorado y manual del profesional. Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz.
MATERIAL MULTIMEDIA	No
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Esquema de trabajo según una adaptación del modelo de procesamiento de la información de Broadbent. Información (velocidad de procesamiento)- Codificación (organización objetiva y subjetiva de la información) – Almacenamiento - Procesos de Recuperación (recuerdo y reconocimiento).
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 45 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Span verbal palabras. - Recuerdo libre inmediato palabras. - Recuerdo libre inmediato con claves semánticas. - Recuerdo libre inmediato colores. - Recuerdo libre inmediato imágenes. - Recuerdo libre inmediato palabras sin sentidos.

Nº SESIÓN	6
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subsistemas de la memoria
MATERIAL NECESARIO	Dados del memorado y manual del profesional. Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz.
MATERIAL MULTIMEDIA	No
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Explicación de la clasificación taxonómica de los sistemas y subsistemas de la memoria a largo plazo de Squire y Knowlton. * Recuerdo libre versus Reconocimiento.
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 45 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerdo libre inmediato – Palabras. • ¿Qué palabras faltan? • Recuerdo libre inmediato – Palabras sin sentido. • ¿Qué palabras sin sentido faltan? • Pares asociados – Palabras. • Pares asociadas – Palabras sin sentido. • Pares asociadas – Colores.

Nº SESIÓN	7
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subsistemas de la memoria
MATERIAL NECESARIO	Dados del memodado y manual del profesional.
MATERIAL MULTIMEDIA	<p>Presentación en formato Powerpoint :</p> <p>¿Qué nos ayuda a recordar?</p> <p>¿Qué factores perjudican nuestro recuerdo?</p> <p>Reglas mnemotécnicas.</p> <p>*30 Minutos de duración.</p>
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (30 MINUTOS)	Reglas mnemotécnicas. Teoría y práctica.
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 15 minutos)	Aplicación practica de las reglas mnemotécnicas anteriormente explicadas con ayuda de los datos del memodado.

Nº SESIÓN	8
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Memoria versus Metamemoria
MATERIAL NECESARIO	Dados del memodado y manual del profesional. Planilla de sesión con las puntuaciones estimadas/obtenidas.
MATERIAL MULTIMEDIA	No
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Introducción del concepto de metamemoria o sensación de conocer que ha sido estudiado entre otros autores por Vilkki en numerosas investigaciones, en las que los sujetos trataban de estimar que numero de palabras creían que iban a recordar, en una prueba de recuerdo de una lista de palabras.
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 45 minutos)	Tareas en las que le vamos a pedir a los sujetos que estimen que puntuación creen que van a obtener antes de realizar diferentes tareas con los datos del memodado y contrastandolo posteriormente con la puntuación real obtenida. Tareas a realizar: <ul style="list-style-type: none"> • Span verbal – Dígitos orden directo. • Span verbal – Palabras orden directo. • Span visual – Herramientas orden directo. • Span visual – Colores orden directo. • Recuerdo libre inmediato – Palabras. • Recuerdo libre inmediato – Palabras si sentido.

PLANILLA DE SESION CON PUNTUACIONES ESTIMADAS/OBTENIDAS

NOMBRE:	PUNTUACIÓN	
Fecha.....		
PRUEBAS (Ejemplos)	Estimada	Obtenida
Span verbal - Palabras orden directo		
Span verbal -Dígitos orden directo		
Recuerdo libre inmediato Palabras		
Recuerdo libre inmediato Palabras si sentido		
¿Qué palabras faltan?		
¿Qué palabras sin sentido faltan?		
Fluidez fonemica		
Span verbal Dígitos orden inverso		
Palabras con sentido.		
Span verbal Orden alfabético.		
Span visual Herramientas orden directo.		
Span visual Colores orden directo.		
¿Qué colores faltan?		
¿Qué herramientas faltan?		

*Anotar solo la puntuación máxima obtenida en la prueba.

Nº SESIÓN	9
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subprocesos atencionales y subsistemas de la memoria
MATERIAL NECESARIO	Dados del memorado y manual del profesional
MATERIAL MULTIMEDIA	Si
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	<p>Introducir de una manera sencilla pero científica el concepto de neurogenesis y plasticidad cerebral, así como la importancia del envejecimiento activo.</p> <p>Con el objeto de responder preguntas como:</p> <p>¿Crecen nuevas neuronas en nuestro cerebro?</p> <p>¿El aprendizaje de nuevas tareas modifica nuestro cerebro?</p> <p>¿Puede la estimulación cognitiva contribuir a mejorar nuestras funciones cognitivas?</p>
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 30 minutos)	<p>- Tareas de Cálculo.</p> <p>- Elaboración de palabras sin sentido</p>

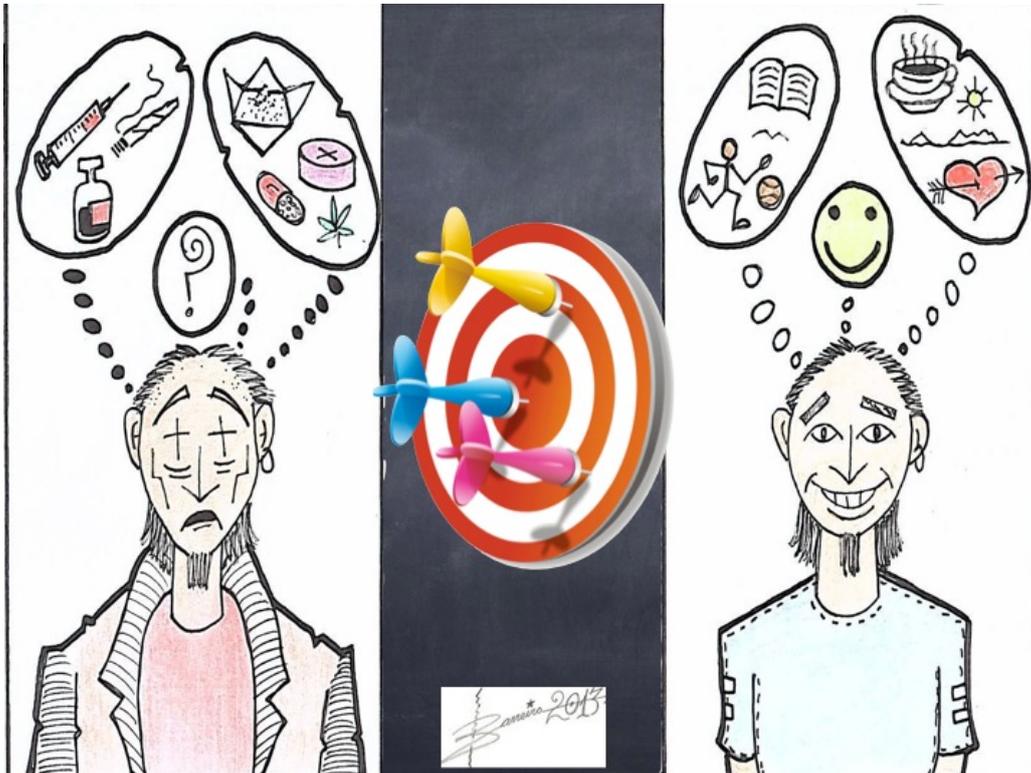
N° SESIÓN	10
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subprocesos atencionales y Subsistemas de la memoria
MATERIAL NECESARIO	
MATERIAL MULTIMEDIA	No
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Breve referencia a la diferencia que existe entre las funciones ejecutivas y las funciones cognitivas. Resaltando que mientras que las funciones ejecutivas permanecen intactas, una persona puede sufrir pérdidas cognitivas considerables y continuar siendo independiente, autosuficiente y productiva (Lezak ,1989)
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 45 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> -Tareas de fluidez fonetica. - Elaboración de palabras con sentido

N° SESIÓN	11
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subprocesos atencionales y Subsistemas de la memoria
MATERIAL NECESARIO	Dados del memodado y manual del profesional Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz.
MATERIAL MULTIMEDIA	No
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Técnicas de rehabilitación neuropsicológica según el modelo de Oliver Zangwill: Aplicación de dichas técnicas al trabajo de rehabilitación cognitiva de los déficits en los subprocesos atencionales y en los subsistemas de la memoria.
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 45 minutos)	Trabajo con las quejas subjetivas de memoria y olvidos cotidianos que los pacientes refieren tener. -Cada participante tiene que anotar en un folio las quejas subjetivas u olvidos cotidianos que suele tener. -Cada usuario lee en alto lo que ha escrito. -Se contesta a cada queja individualmente o en grupo tratando de aportar respuestas y soluciones a sus demandas. Aplicando las técnicas de rehabilitación anteriormente citadas (restitución, compensación, sustitución).

Nº SESIÓN	12
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Subprocesos atencionales, subsistemas de la memoria y funciones ejecutivas.
MATERIAL NECESARIO	Dados del memodado y manual del profesional. Cuestionario de evaluación del programa.
MATERIAL MULTIMEDIA	No
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Resumen de los contenidos teóricos trabajados durante el programa de rehabilitación y recopilación de impresiones de los usuarios con el objeto de mejorarlo.
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 45 minutos)	<p>-Cada participante tiene que cubrir el cuestionario de evaluación del programa, pero no debe anotar el nombre ni firmarlo, ya que es anónimo.</p> <p>-A continuación se le pide a los pacientes que seleccionen con que cara del dado quieren realizar hoy las tareas de estimulación cognitiva y que tipo de tarea les gustaría realizar.</p>

5.4. Modulo sobre emociones y función ejecutiva.

El trabajo en este modulo se realiza a través del “programa de prevención de recaídas basado en el mindfulness” que detallamos a continuación:



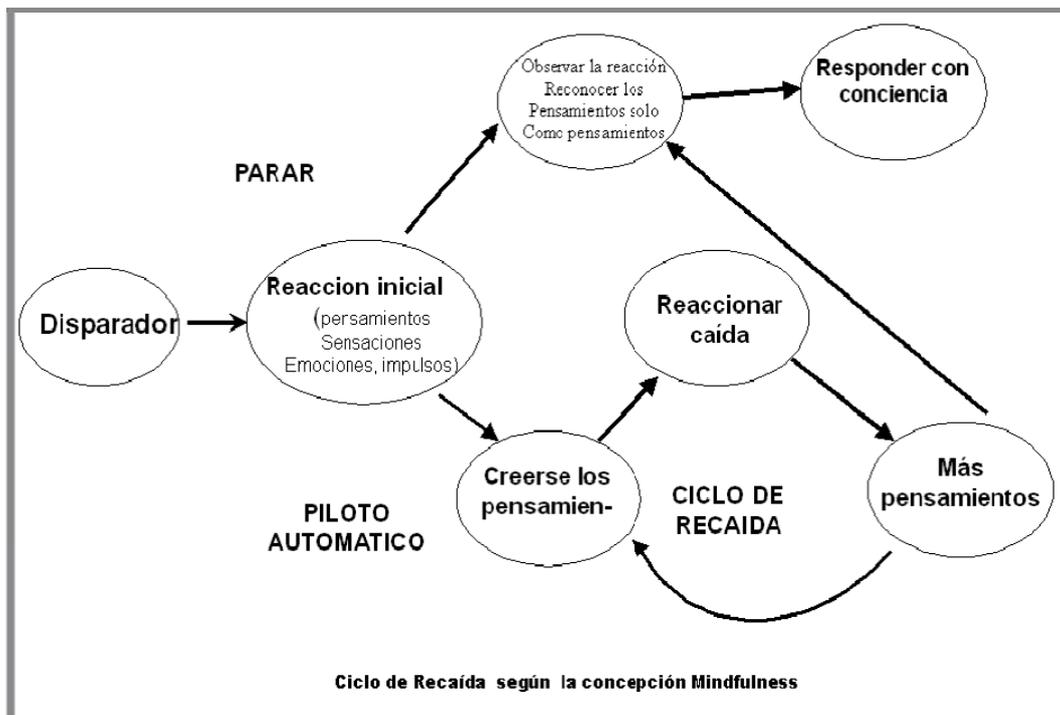
Piloto automático y recaída.

En esta primera sesión hablaremos sobre el piloto automático o la tendencia a comportarnos mecánicamente o inconscientemente, sin conciencia plena de lo que estamos haciendo. Abordaremos este tema específicamente en lo que se refiere al uso de alcohol o drogas (actuando bajo deseos de consumir o impulsos automáticos, sin conciencia). Comenzamos esta exploración con un ejercicio llamado body scan para practicar la forma de traer la atención al cuerpo de una forma premeditada.

1. Introducción a la idea de “piloto automático.” Discusión del papel del piloto automático en relación con los deseos irrefrenables y urgencias ante el uso de alcohol y drogas. Sugerir que la gente suele actuar ante estos antojos buscando o usando drogas sin plena conciencia de lo que está ocurriendo y cuáles serán las consecuencias de actuar en piloto automático.

2. Centrarse en el conocimiento de los patrones del funcionamiento mental, como reaccionamos ante los impulsos o disparadores y aprender a prestar atención intencionadamente a las sensaciones, sentimientos y pensamientos relativos al craving con una conciencia más aguda.

3. Introducir el escaneo corporal como una forma de práctica deliberada de prestar atención al cuerpo.



Conciencia de disparadores y craving.

Pondremos el foco en esta sesión en aprender a experimentar los disparadores, cravings y pensamientos usuales sin reaccionar automáticamente. Hacemos hincapié en el reconocimiento de los disparadores y como los experimentamos en el cuerpo, específicamente las sensaciones, pensamientos y emociones que a menudo acompañan el craving. Comenzamos a usar el Mindfulness para traer más conciencia a estos procesos típicamente automáticos, aprendiendo a experimentar el craving y los impulsos de una manera que incrementa nuestra capacidad de elegir como respondemos.

1. Comenzar a observar los pensamientos y darse cuenta como estos afectan a las emociones.
2. Explorar la noción de experimentar ansiedad y el uso de pensamientos sin reaccionar emocionalmente.
3. Hablar de la conciencia Mindfulness como una forma de hacer una pausa en el proceso típicamente automático que nos da la opción de actuar de otra manera.

Mindfulness en la vida diaria.

Aprenderemos lo que es el espacio para la respiración breve como una forma de extender la cualidad del mindfulness desde la práctica de la meditación formal, sentado, tumbado o a cualquier otra situación de la vida diaria en la que nos encontremos. Esto podría ayudarnos a “estar con” o permanecer con” varias sensaciones físicas y emociones que surgen, incluyendo aquellas asociadas con craving e impulsos, sin reaccionar de forma dañina. En esta sesión también comenzaremos la práctica de la meditación formal sentados.

1. Resaltar como la meditación mindfulness puede ayudar al incremento de la conciencia y a hacer mejores elecciones en nuestra vida cotidiana.
2. Introducir la meditación formal sentado.
3. Introducir la meditación sentada y los momentos para la respiración breve como caminos para expandir la calidad del mindfulness desde la práctica formal en movimiento y en situaciones cotidianas.
4. Experimentar “estar con” varias sensaciones físicas que surgen incluyendo aquellas asociadas con el craving o las urgencias.

Mindfulness y situaciones de alto riesgo.

Ponemos el foco sobre estar alerta en situaciones o en compañía de personas a las que tenemos asociadas previamente con el uso de drogas. Usando el Mindfulness aprendemos a experimentar presiones o impulsos para usar drogas. Nosotros identificamos situaciones de riesgo individual para la recaída y exploramos formas para afrontar la intensidad de los sentimientos propios de las situaciones de alto riesgo.

1. Estar plenamente consciente en situaciones o con gente que previamente ha sido asociada con el uso de sustancias.
2. Usar la atención plena con relación a las presiones o urgencias para usar y responder a situaciones de alto riesgo.
3. Centrarse en el reconocimiento de que urgencias o impulsos siento en el cuerpo, específicamente que sensaciones, pensamientos y emociones van con el craving.
4. Introducir el mindfulness caminando

Equilibrando aceptación y cambio.

A menudo podemos sentir como una paradoja aceptar pensamientos, sentimientos y sensaciones indeseados. De todas formas esto podría ser el primer escalón en movimiento para el cambio. La aceptación de la experiencia presente es una importante base para cuidarse a uno mismo y ver más claramente la mejor acción a tomar. Practicaremos técnicas tales como el espacio para la espiración breve y como usarla en situaciones desafiantes.

Esta sesión nos ayuda a darnos cuenta de las señales peligrosas y aprender a frenar y adoptar medidas hábiles en situaciones de riesgo y de la vida diaria.

1. Debatir sobre el equilibrio entre el trabajar hacia el cambio y la aceptación y permisividad de las experiencias que surgen.
2. Resaltar que esta actitud de aceptación es, en gran parte, una forma de cuidar de uno mismo y ver más claramente lo que en todo caso necesitamos cambiar
3. Practica usando el momento de respiración para hacer frente a situaciones desafiantes.
4. Mindfull yoga.

Viendo los pensamientos tan solo como pensamientos.

Exploraremos más a fondo la conciencia y su relación con el pensamiento, poniendo el enfoque sobre la experimentación de los pensamientos como meros pensamientos, (aún cuando nosotros los sentimos como verdades). Nos fijaremos en qué papel juegan los pensamientos en el ciclo de la recaída, pensamientos específicos que parecen especialmente problemáticos y maneras de trabajar más hábilmente con ellos.

1. Introducir la idea de que los pensamientos son simplemente palabras e imágenes en la mente. Entender como la práctica del Mindfulness ayuda a experimentar los pensamientos tan sólo como pensamientos
2. Cuestionar la verdad de los pensamientos y advertir su tono emocional asociado (agradable o desagradable)
3. La meditación centrada en los pensamientos.
4. Explorar la relación entre pensamientos y recaída.
5. Diferenciar caída y recaída: en cada momento en la cadena de recaída existe una oportunidad para parar y hacer una elección.

Autocuidado y estilo de vida equilibrado

Esta sesión la enfocaremos sobre las señales personales de alerta para la recaída y cómo responder de la mejor forma cuando aquellas señales de peligro surgen. Esto incluye la discusión sobre la elección más amplia sobre el estilo de vida, equilibrio, autocompasión y la importancia de incluir actividades nutritivas como parte de una vida saludable.

1. Construir redes de apoyo: creando y usando un sistema de apoyo para el rescate
2. Usando varias habilidades Mindfulness para descentrarme de sensaciones, sentimientos y pensamientos que se experimentan durante el deseo y la urgencia, con lo que hacer frente a la búsqueda o el uso de drogas.
3. Estilo de vida equilibrado: la relevancia de incluir actividades nutritivas en la vida diaria de uno.
4. Tarjeta de afrontamiento: la adopción de medidas hábiles tanto en situaciones de riesgo como en parte de la vida diaria para reducir la vulnerabilidad al riesgo de recaída.

Apoyo social y práctica continuada.

En esta sesión final revisaremos las habilidades y prácticas aprendidas en este curso y debatiremos sobre la importancia de construir un sistema de soporte. Revisaremos lo que hemos aprendido durante el curso y compartiremos nuestros planes individuales para incorporar el Mindfulness en la práctica de nuestra vida cotidiana.

1. Vida equilibrada: gestionando los diferentes aspectos de la vida de uno.
2. Animar a los participantes a reconocer el valor de cuidar de uno mismo a través de estrategias de vida equilibrada.
3. Debatir sobre la práctica regular del mindfulness como una medida de mantenimiento del equilibrio.
4. Reflexión de los participantes sobre lo que aprendieron en el curso y creación de planes individuales para la incorporación de la práctica del Mindfulness en la vida diaria.

El modulo esta formado por las sesiones que se detallan a continuación:

Nº Sesión	1
Duración	60 MINUTOS
Conceptos trabajar	a Mindfulness versus Piloto Automático y recaída
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción del Mindfulness como un significado de llegar a ser consciente de los patrones de funcionamiento de la mente. - Introducción del piloto automático y traer a la conciencia como a menudo no estamos conscientes. - Introducir las bases del MBRP. - Introducir el escaneo corporal como una manera de traer la conciencia la expresión física.
Material necesario	<p>Colchoneta, cojín y cuenco con pasas Folleto 1. Definición de Mindfulness. Folleto 2. Piloto Automático y Recaída Folleto 3: Impreso para rellenar la práctica diaria.</p> <p>Grabación: " body-Scan"</p>
Guía de la sesión	<p>Explicación del Mindfulness como un estado de conciencia plena, como una psicoterapia atencional.</p> <p>Ejercicio de la pasa para vivenciar el sentido del Mindfulness. En esta primera sesión hablaremos sobre el piloto automático o la tendencia comportarnos mecánicamente o inconscientemente sin conciencia plena de lo que estemos haciendo. Abordaremos este tema específicamente en lo que se refiere al uso de alcohol o drogas (actuando bajo deseos de consumir o impulsos automáticamente, sin conciencia).</p> <p>Práctica meditativa: Body scan</p>

Nº Sesión	2
Duración	60 Minutos
Conceptos trabajar	a Conciencia de disparadores e impulsos Ser consciente del Craving
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Profundizar en la práctica incrementando la conciencia de las sensaciones corporales. - Práctica de la conciencia de las reacciones físicas, emocionales y cognitivas asociadas a los disparadores. - Mostrar como esas reacciones a menudo dirigen la conducta habitual y nos causan pérdida de conciencia de lo que está ocurriendo en ese momento. - Introducir el Mindfulness como una forma o manera de crear una pausa en este proceso típicamente automático. - Aprender la diferencia entre reaccionar y responder con conciencia.
Material necesario	<p>Campanilla, colchoneta y cojín. Folleto 2.1. Retos más comunes en la práctica de la meditación. Folleto 2.2. Sesión 2. Tema Conciencia de disparadores y craving. Folleto 2.3 Protocolo para anotar disparadores y práctica diaria. Grabación: "Surfeando los impulsos."</p>
Guía de la sesión	<p>Chequeo de la práctica domiciliaria del escaneo corporal Revisión de la práctica domiciliaria y problemas más comunes. La sesión se centra en el reconocimiento de los disparadores e introduce la práctica de experimentarlos sin reaccionar automáticamente. Comenzamos enseñando a identificar los disparadores y observar como ellos a menudo nos dirigen hacia una cadena de sensaciones, pensamientos, emociones y conductas. El Mindfulness puede traer esos procesos a la conciencia, interrumpiendo automáticamente esas conductas reactivas y permitiendo una mayor flexibilidad para escoger.</p> <p>Practica meditativa: "Surfeando los impulsos"</p>

Sesión	3
Duración	60 minutos
Conceptos trabajar	a Aplicación del Mindfulness a la vida diaria.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - introducción del Mindfulness informal en la vida diaria. - Resaltar como la meditación Mindfulness puede ayudar al incremento de la conciencia y a realizar mejores elecciones en nuestra vida cotidiana. - Introducir el espacio para la Respiración Breve en diferentes situaciones cotidianas.
Material necesario	<p>Campanilla, colchoneta y cojín. Folleto 3.1. Sesión 3. Mindfulness en la vida diaria Folleto 3.2. Protocolo para apuntar la práctica diaria. Grabación: Meditación de la respiración. Grabación: Respiración breve.</p>
Guía de la sesión	<p>Chequeo de la práctica domiciliar del escaneo corporal Revisión de la práctica domiciliar y problemas más comunes. La sesión se centra en la importancia de introducir el Mindfulness en actividades de la vida cotidiana, escuchar, ver, respirar, haciendo tareas cotidianas.</p> <p>Práctica meditativa: "Atención a la escucha" Práctica meditativa: "Meditación de la respiración" Práctica meditativa: "Espacio para la respiración breve"</p>

Sesión	4
Duración	60 minutos
Conceptos trabajar	a Mindfulness y situaciones de alto riesgo
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la conciencia de las situaciones de alto riesgo individuales y de las sensaciones, emociones y pensamientos que tienden a surgir. - Practicar el permanecer con sensaciones intensas o desagradables o emociones, más que querer evitarlas o intentar que ellas desaparezcan. - Aprender habilidades para ayudarnos a permanecer en el presente y no ceder automáticamente a la presión del uso de sustancias en situaciones que han estado previamente asociadas a su uso. - Practicar la conciencia de visión. - Introducir la meditación sentado con sensaciones y pensamientos
Material necesario	<p>Campanilla, colchoneta y cojín. Folleto 4.1. Sesión. 4. Mindfulness y situaciones de alto riesgo Folleto 4.2. Protocolo para apuntar la práctica diaria. Grabación : "Meditación sentado"</p>
Guía de la sesión	<p>Chequeo de la práctica domiciliar de la meditación de la respiración y el espacio para la respiración breve y problemas más comunes. En esta sesión nosotros focalizamos el estar presente en situaciones desafiantes que previamente han sido asociadas con el uso de la sustancia u otras conductas reactivas, Aprenderemos a relacionarnos de forma distinta con lo que nos presiona o los impulsos para usar sustancias y practicaremos como responder a estímulos altamente evocadores con conciencia y no reaccionando automáticamente.</p> <p>Práctica meditativa: "conciencia de visión" Práctica meditativa: "Meditación sentado"</p>

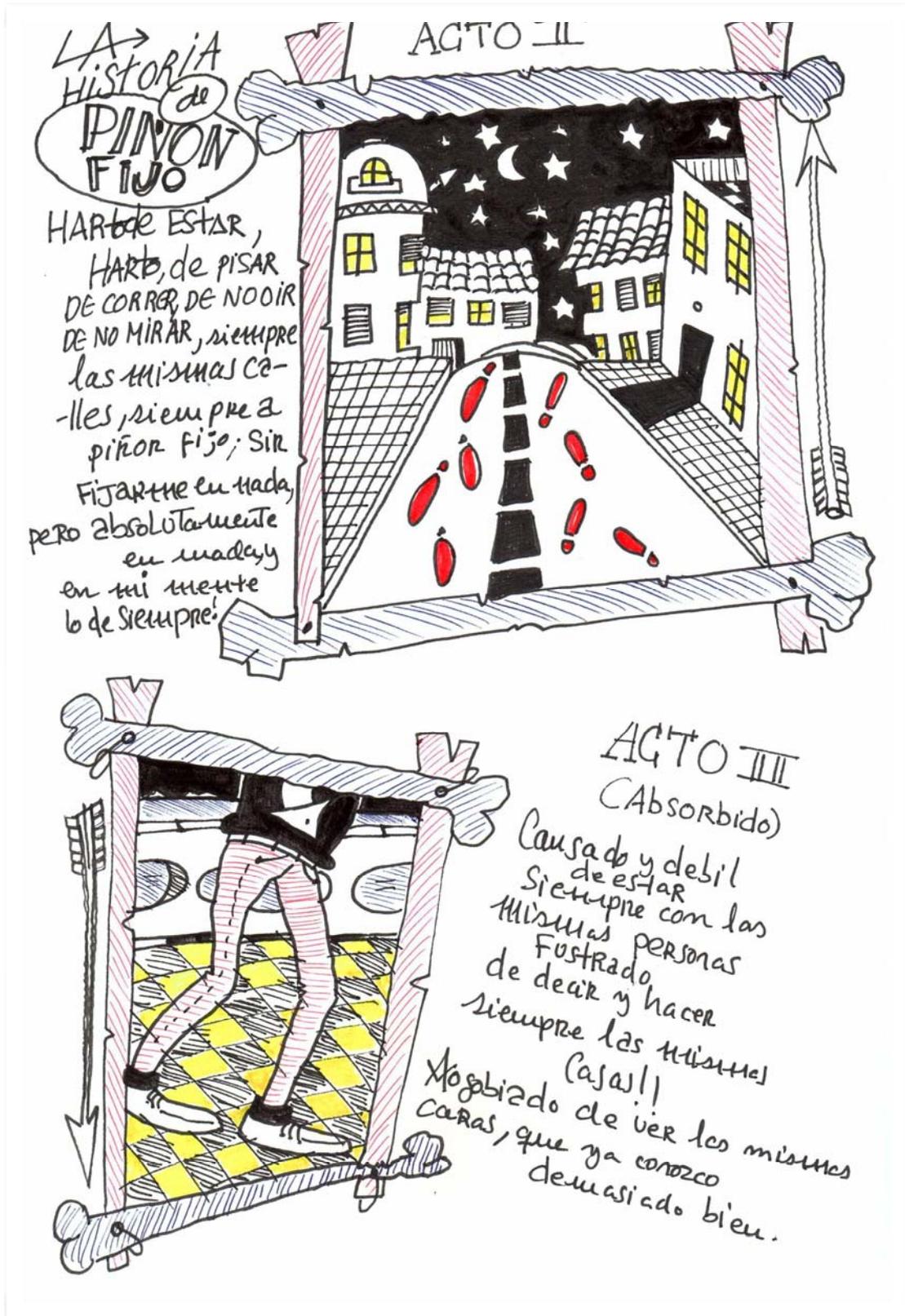
Sesión	5
Duración	60 minutos
Conceptos trabajar	a Equilibrando Aceptación y Cambio
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Debatir sobre el equilibrio entre la aceptación del presente y la necesidad de trabajar para el cambio. - Entender que cuando aceptamos el presente tal y como es , no estamos siendo pasivos. - Entender que la actitud de aceptación nos sirve para ver más claramente lo que necesitamos cambiar. - Entender que la evitación, la negación o la no conciencia de la realidad aumentan nuestro sufrimiento. - Hacerse consciente de cuando nos encontramos ante situaciones aversivas o desagradables y aprender a convivir con ellas sin permitirnos sobreimplicarnos emocionalmente.
Material necesario	<p>Campanilla, colchoneta y cojín. Folleto 5.1: Sesión 5. Equilibrando aceptación y cambio. Folleto 5.2: Protocolo para apuntar la práctica diaria. Grabación: Meditación de las emociones</p>
Guía de la sesión	<p>Chequeo. Revisión de la práctica domiciliar de la meditación sentado, la meditación de la respiración breve y el Mindfulness en la vida diaria. Debate sobre la aceptación y el cambio. Reflexionar sobre nuestras conductas evitativas.</p> <p>Práctica meditativa: "Meditación caminando" Práctica meditativa: "Meditación de las emociones"</p>

Nº Sesión	6
Duración	60 minutos
Conceptos trabajar	a Ver los pensamientos solo como pensamientos, no como hechos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el grado de identificación con nuestros pensamientos. - Reconocer que no tenemos porque aceptarlos o intentar controlarlos. - Darse cuenta que una cosa son nuestros pensamientos o la interpretación de la realidad y otra distinta la realidad misma. - Debatir a cerca del ciclo de recaída y el papel de los pensamientos en la perpetuación de este ciclo
Material necesario	<p>Campanilla, colchoneta y cojín. 2 láminas del Roschard. Gráfico del ciclo de la recaída. Folleto 6.1: Sesión 6. Viendo los pensamientos sólo como pensamientos , no como hechos Folleto 6.2: Protocolo para apuntar la práctica diaria. Grabación: La mente que piensa</p>
Guía de la sesión	<p>Chequeo de la práctica domiciliaria de la meditación de las emociones, espacio para la respiración breve y Mindfulness informal o en la vida diaria. Explicación de la relación del pensamiento y la recaída Explicación del gráfico del ciclo de recaída</p> <p>Práctica meditativa: "La mente que piensa" Práctica meditativa: "Espacio para la respiración breve"</p>

Nº Sesión.	7
Duración	60 minutos
Conceptos trabajar	a Autocuidado y estilo de vida equilibrado
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Debatir la importancia de un estilo de vida equilibrado. - Equilibrio entre deseos y deberes. - Diferenciar entre adicciones positivas y negativas. - Debatir el uso de la práctica regular del Mindfulness para el mantenimiento de ese equilibrio. - Debatir el concepto de autocuidado o reducir la vulnerabilidad a la recaída. - Creación de una tarjeta de afrontamiento para futuras situaciones de riesgo. - Debatir los conceptos de amabilidad afectuosa y Compasión con uno mismo y con los demás.
Material necesario	<p>Campanilla, colchoneta y cojín. Folleto 7.1: Sesión 7. Autocuidado y estilo de vida equilibrado. Amabilidad afectuosa y autocompasión. Folleto 7.2: Protocolo para apuntar la práctica diaria. Impreso "Tarjeta de Afrontamiento" Grabación: Meditación compasiva</p>
Guía de la sesión	<p>Chequeo de la práctica domiciliar de la meditación de los pensamientos, espacio para la respiración breve y Mindfulness informal o en la vida diaria. Explicación sobre lo que implica un estilo de vida equilibrado. Evitar vulnerabilidades y autocuidados necesarios. Equilibrio entre deseos y deberes. Explicar tarjeta de afrontamiento Explicar conceptos de compasión con uno mismo y con los demás.</p> <p>Práctica meditativa: "Meditación compasiva"</p>

Nº Sesión	8
Duración	60 minutos
Conceptos trabajar	a Apoyo Social y la necesidad de seguir practicando Mindfulness
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Subrayar la importancia de las redes de apoyo como una forma de reducir el riesgo y mantenerse recuperado. - Encontrar formas para superar las barreras para pedir ayuda. - Aprender a levantarse después de cada recaída. - Aprender de los errores y nunca avergonzarse. - Entender y aceptar que nada es permanente, ni lo bueno ni lo malo. - Reflexionar sobre lo que los participantes han aprendido durante el curso y las razones para seguir practicando Mindfulness. - Desarrollar un plan para la práctica continuada y la incorporación del Mindfulness a la vida diaria
Material necesario	<p>Campanilla, colchoneta y cojín.</p> <p>Folleto 8.1: Sesión 8. Apoyo social y como seguir practicando</p> <p>Impreso 8.2: Reflexiones personales sobre el curso.</p> <p>Cuenco con guijarros</p> <p>Grabación: Meditación de la montaña</p>
Guía de la sesión	<p>Chequeo de la práctica domiciliar de la meditación compasiva, espacio para la respiración breve y Mindfulness en la vida diaria.</p> <p>Explicar la importancia de seguir practicando Mindfulness de forma formal o informal</p> <p>Explicar la importancia de las redes de apoyo.</p> <p>Reflexiones sobre el curso.</p> <p>Intenciones para el futuro.</p> <p>Practica meditativa: "Meditación de la montaña"</p> <p>Práctica meditativa: "Concluyendo la meditación" (Ejercicio de los guijarros)</p>

A continuación os mostramos la historia de Piñón fijo, comic que ilustra las sensaciones percibidas de uno de los pacientes del programa rehabilitación tras las sesiones de mindfulness.





HARTO DE LA MISMA OPERETA
 EN 4 ACTOS, ACTO DE LOS MISMOS
 ACTORES Y ACTRICES, DE LOS MISMOS
 ACTOS, VOY A MANDAR BAJAR EL
 TELON, MANDARE PARAR LA OBRA!

(COE ALIVIO LA ORQUESTA, DEJARE DE
 TOCAR LAS MISMAS CANCIONES)

.. Y SALDRE A LA CALLE, A OTRAS CALLES, CAMBIO DE RUMBO!



1-Vivire el
 PRSENTE
 -Sin darle
 importancia
 al pasado
 (ya paso)
 No se puede
 ARREFLECTAR).
 -Y el futuro
 Pues ya...
 VENDRA!!

ACTO:
 IV.

ΔUN NO
 ESTOY AL
 100% X 100%
 PERO POCO A POCO

AHORA SE QUE HACER, EN UNA SITU-
 ACION DE RIESGO, SI SON INTERNAS
 (FRUSTRACION, ABURRIMIENTO, RECUERDOS
 DEL PASADO, ANSIEDAD, DOLOR, IRRITACION, IRA, DEPRESSION
 etc) O INTERNAS (LUGARES, PERSONAS, MUSICA, OBJETOS
 SITUACIONES, OLORES) Todo esto debes
 conceperlo, y no olvidarlo nunca, no
 las evites por que puede ser
 peligroso
 has de ser consciente de ellas
 y luchar.

©: SOLAR-13

5.5. Modulo de inserción socio-laboral.

El trabajo en este modulo se realiza a partir de un programa tradicional de habilidades sociales, que ha sido adaptado a las necesidades de nuestros pacientes y enriquecido con tareas específicas de estimulación de las funciones ejecutivas, así como, con unas sesiones finales con una clara orientación formativo-laboral. Siguiendo el esquema de trabajo que se detalla a continuación:

Habilidades sociales:

Esta formado por sesiones enfocadas desde una orientación teórico/práctica y una metodología dinámica, con el objetivo de que los contenidos trabajados en las sesiones sean asimilados, interiorizados y llevados a la práctica en el día a día.

- Explicar el comportamiento asertivo frente a otros estilos de comportamiento (pasivo y agresivo), incidiendo en los beneficios que supone el comportarse asertivamente.
- El proceso de comunicación: definición, elementos que intervienen y tipos de comunicación (verbal y no verbal).
- Exposición de diferentes técnicas que permiten mantener una comunicación eficaz y adecuada: la escucha activa y el mensaje en yo.
- Aportar los conocimientos teóricos para distinguir entre crítica constructiva y destructiva. Explicar los tipos de respuestas que se pueden adoptar ante una crítica y las consecuencias de las mismas. Explicación de las reglas básicas a tener en cuenta a la hora de hacer una crítica.
- Terapia Racional-Emotiva Conductual (TREC). Aportar los conocimientos teóricos sobre la Terapia racional emotiva con el objeto de identificar creencias erróneas y modificar dichas creencias a través del esquema propuesto por Ellis.

Funciones Ejecutivas Versus Emociones:

La tarea de las tres alarmas.

La tarea de las tres alarmas o del semáforo es un esquema de trabajo elaborado para dar respuesta a la necesidad de poder integrar en un marco comprensivo, una serie de teorías que explican el comportamiento de un buen número de mis pacientes.

- Hipótesis del marcador somático (Antonio Damasio,1994).
- Emociones humanas: (Ekman,1972) y las Dimensiones de la impulsividad (Whiteside y Lynam,2001).
- Modelo I-Risa (Goldstein, Volkow,2002.)

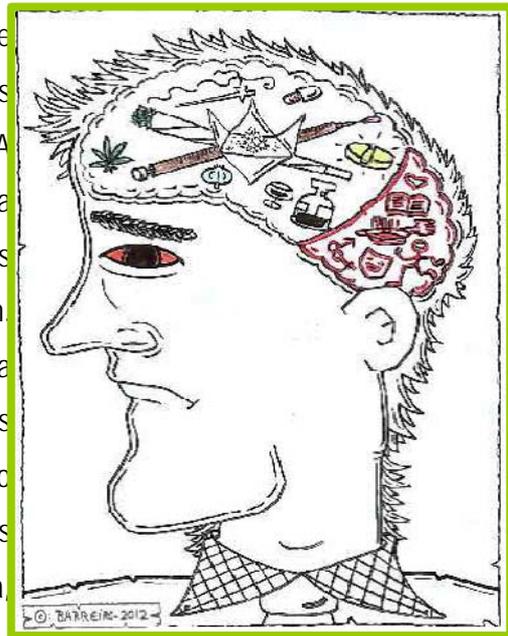
Para ello se utilizan los datos del memorado con los colores Rojo (Razonamiento), Naranja (Gestión de las emociones) y Verde (Gestión del aburrimiento, motivación) como base para explicarles la fundamentación teórico/practica de la tarea de las tres alarmas o del semáforo (Piñón-Blanco, a. 2012).

En principio se procede a la explicación de la tarea de las tres alarmas. Procediéndose a la familiarización por parte de los pacientes del proceso, donde cada uno de los colores del semáforo designa un aspecto de la actividad que se debe llevar a cabo y que tiene relevancia en cualquier proceso de toma de decisiones:



- **Rojo** = Utilizando como base teórica la hipótesis del marcador somático (Damasio, A) se le explica y justifica la siguiente afirmación “El razonamiento es necesario pero no suficiente para tomar decisiones adaptativas en mi día a día”. La toma de decisiones es un proceso guiado por señales emocionales o marcadores somáticos (Damasio, 1994) que anticipan las consecuencias prospectivas de distintas opciones de decisión. Es lo que el modelo original de A. Damasio denominó “miopía al futuro.

- **Naranja** = En las adicciones, los estímulos relacionados con las drogas o la recreación de experiencias previas de consumo, generan potentes marcadores somáticos en el cuerpo. El feedback resultante puede alterar la toma de decisiones hacia las opciones de consumo. Teniendo en cuenta lo anterior, se les transmite que las emociones (positivas/negativas) regulan nuestro comportamiento y nos ayudan en el proceso de toma de decisiones. Y que por lo tanto debemos conocerlas y asociarlas con nuestras respuestas impulsivas, con el objeto de que nos sirvan de marcadores somáticos o avisadores que nos permitan gestionar adecuadamente nuestras emociones.
- **Verde** = La motivación es un factor relevante que puede elicitar o facilitar reacciones emocionales. Siguiendo el modelo I-RISA (Golstein y Volkow) se les transmite la importancia que tienen los procesos relacionados con la motivación y la inhibición. 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,.....).



Metodología del programa I-D-E-A-L de Robertson y Burgués, 2002.

Otra de las utilidades del Memodado, es la de poder introducir de una manera amena la metodología del programa de rehabilitación de las funciones ejecutivas de Burgess y Robertson, utilizando los datos del memodado con las letras I-D-E-A-L de la siguiente manera.

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 modelo 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.

L = Logros, evaluación de los resultados.

A continuación, se colocan encima de la mesa los dados con las letras I- D- E- A- L del memorado, se les vuelve a recordar lo que representa cada letra del programa y a continuación se muestra un ejemplo de situación tipo ya desarrollada.

Acto seguido, y tras preguntar si han entendido la dinámica del programa, se le asigna a cada paciente una letra con su correspondiente tarea y se les pide que, utilizando esta metodología, analicen individualmente alguna decisión que le haya acarreado problemas en los últimos meses. Finalizada la tarea, se comenta en grupo.



Tareas adaptadas del programa de rehabilitación de las funciones ejecutivas (Sohlberg y Mateer)

Realizar tareas/intervenciones encaminadas a resaltar la importancia del control del tiempo interno, como habilidad para juzgar de forma adecuada el tiempo que lleva la realización de diferentes actividades y regular la conducta teniendo en cuenta las restricciones temporales a través de ejercicios de estimación del tiempo, revisando continuamente el tiempo de ejecución de las tareas o mediante autoinstrucciones.

Orientación Formativo-laboral.

- Nuevo circuito formativo y ocupacional, consideraciones generales de los cursos AFD y requisitos de acceso.
- Habilidades básicas (entrevista, currículum, comunicación verbal y no verbal) .Trabajo con situaciones hipotéticas (Como hacerlo).
- Guía de Recursos (instituciones, web, teléfonos de interés,.....).

El modulo esta formado por las sesiones que se detallan a continuación:

Nº SESIÓN	1
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Asertividad/Comportamiento asertivo
MATERIAL NECESARIO	Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz Ficha adjunta de ejercicios
MATERIAL MULTIMEDIA	Vídeo: Ejemplos diferentes estilos de comportamiento (5 Minutos de duración) Power Point
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Explicar el comportamiento asertivo frente a otros estilos de comportamiento (pasivo y agresivo), incidiendo en los beneficios que supone el comportarse asertivamente.
TAREAS (30 minutos)	Visualización y análisis de un vídeo que ejemplifica de forma más práctica lo explicado en la sesión teórica. Dinámica grupal: En pequeño grupo se analiza una situación, utilizando ficha de ejercicios, y la desarrollan según diferentes estilos de comportamiento. Posteriormente, los grupos escenifican, mediante Roll playing, una de las situaciones y en gran grupo se comentan las probables consecuencias.

Nº SESIÓN	2
DURACIÓN	45/60 Minutos
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Comunicación I
MATERIAL NECESARIO	Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz
MATERIAL MULTIMEDIA	Video sobre comunicación: 7.45 minutos Video sobre comunicación no verbal (1.43 minutos) Power Point
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	El proceso de comunicación: definición, elementos que intervienen y tipos de comunicación (verbal y no verbal)
TAREAS (30 minutos)	<p>Visualización y análisis de un video para comprender en que consiste la comunicación, reconocer todos los elementos que intervienen en ella y posibles distorsiones.</p> <p>Visualización y análisis de un video para comprender la importancia de la comunicación no verbal en las relaciones interpersonales</p> <p>Dinámica grupal: Uno de los miembros del grupo se pone en el centro y representa diferentes situaciones o emociones, utilizando la comunicación no verbal, y los demás tienen que adivinar que situación o emoción se está representando, lo que apuntarán en un folio de forma individual. Esto se hará sucesivamente hasta terminar las tarjetas y habiendo participado en la representación todas las personas que forman el grupo. Posteriormente se hace una puesta en común de lo anotado por todos los participantes.</p>

Nº SESIÓN	3
DURACIÓN	45/60 Minutos
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Comunicación II
MATERIAL NECESARIO	Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz Ficha adjunta de ejercicios Ficha fábula del elefante
MATERIAL MULTIMEDIA	Power Point
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Exposición de diferentes técnicas que permiten mantener una comunicación eficaz y adecuada: la escucha activa y el mensaje en yo
TAREAS (30 minutos)	<p>Dinámica de grupo: Los miembros del grupo se juntan de dos en dos. Uno de ellos le relatará al otro un problema que le tiene preocupado y el otro mantendrá una escucha activa o no, en función de lo que el psicólogo le haya indicado. Después, en gran grupo, cada una de las personas escuchadas expondrá como se ha sentido al contar el problema a su compañero.</p> <p>Manejo de ejercicios prácticos a través del roll playing y el modelado</p>

N° SESIÓN	4
DURACIÓN	40/60 Minutos
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Manejo de la crítica
MATERIAL NECESARIO	Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz Fichas adjuntas de ejercicios
MATERIAL MULTIMEDIA	
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	<p>Aportar los conocimientos teóricos para distinguir entre crítica constructiva y destructiva.</p> <p>Explicar los tipos de respuestas que se pueden adoptar ante una crítica y las consecuencias de las mismas.</p> <p>Explicación de las reglas básicas a tener en cuenta a la hora de hacer una crítica</p>
TAREAS (30 minutos)	Manejo de ejercicios prácticos a través de dinámicas, roll playing y modelado

N° SESIÓN	5
DURACIÓN	40/60 Minutos
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Terapia racional emotiva
MATERIAL NECESARIO	Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz Fichas adjuntas de ejercicios
MATERIAL MULTIMEDIA	
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Aportar los conocimientos teóricos sobre la Terapia racional emotiva con el objeto de identificar creencias erróneas y modificar dichas creencias a través del esquema propuesto por Ellis.
TAREAS (30 minutos)	Manejo de ejercicios prácticos a través de dinámicas, roll playing y modelado

Nº SESIÓN	6
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Funciones Ejecutivas
MATERIAL NECESARIO	Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz. Planilla de trabajo modelo IDEAL
MATERIAL MULTIMEDIA	No
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Introducción de un método de resolución de problemas basado en una metodología compatible con el modelo del programa I-D-E-A-L de Robertson y Burgués, 2002. I.= Identificación del problema. D.= Definición y representación del problema. E.= Elección de posibles estrategias. A = Actuación basada en una estrategia. L.= Logros, evaluación de los resultados.
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (45 minutos)	-Tarea del memodado con las letras I – D – E – A – L

Programa I-D-E-A-L (Robertson (1996) y Burgess y Robertson (2002)).

Nombre y Apellidos:

Vigo a del del 2013

Fase 1. Explicación del programa de rehabilitación de las funciones ejecutivas.

Fase 2. 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.

L.= Logros, evaluación de los resultados.

Fase 3. Plantear ejemplos.

Fase 4. Analizar con el paciente alguna decisión que le haya acarreado problemas en los últimos meses:

I.= Identificación del problema.

D.= Definición y representación del problema.

E.= Elección de posibles estrategias.

A = Actuación basada en una estrategia.

L.= Logros, evaluación de los resultados.

Observaciones:

Nº SESIÓN	7
DURACIÓN	45/60 MINUTOS
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Funciones Ejecutivas Versus Emociones
MATERIAL NECESARIO	Planilla de la tarea de las tres alarmas. Folios en blanco y un bolígrafo/lápiz.
MATERIAL MULTIMEDIA	Video sobre Risoterapia. *3 Minutos de duración.
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	Trasladarle la importancia del conocimiento de nuestras emociones primarias según el modelo de Ekman (Alegría, Tristeza, Miedo, Ira, Asco, Sorpresa) del procesamiento emocional atendiendo al modelo bidimensional de Peter lang (Valencia y Activación) y de la función reguladora de las emociones en los procesos de toma de decisiones según la hipótesis del marcador somático de Damasio (inductores primarios y secundarios). Emociones negativas versus positivas (necesidad adaptativa de los dos tipos).
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (30 minutos)	Trabajar el proceso de toma de decisiones como proceso metacognitivo según el esquema de trabajo propuesto en la tarea de las tres alarmas o del semáforo (Piñón-Blanco, Adolfo, 2012).

“EL SEMÁFORO”

Hipótesis del marcador somático

(Antonio Damasio, 1994)



RAZONAMIENTO

Emociones humanas:

(Ekman, 1972)



EMOCIONES

Dimensiones de la impulsividad

(Whiteside y Lynam, 2001)



ABURRIMIENTO

MOTIVACIÓN

Modelo I-Risa

(Goldstein, Volkow, 2002)



Trabajo con el área de autorregulación de la conducta (Sohlberg y Mateer) según el siguiente esquema de trabajo:

- Elegir una conducta inadecuada del paciente (definir de forma operativa).
- Explicar de forma comprensible, estructurada y específica la adecuación e inadecuación de dicho comportamiento (adecuación e inadecuación hace referencia a múltiples variables del contexto que hay que explicitar y concretar en lo posible).
- Observar la aparición de la conducta objeto de cambio, informar al individuo de su presencia y explicar las razones por las que ese comportamiento es inapropiado en ese momento y situación.
- Entregar una hoja de registro para dicha conducta e instruir al paciente para que registre cuándo ocurre dicho comportamiento en un periodo de tiempo prefijado.
- Anotar las características de esa conducta en una hoja de registro similar a la del paciente y comparar ambos registros.
- Adiestrar al paciente en alternativas conductuales adecuadas (explicando por qué la nueva conducta es más adecuada que la anterior).

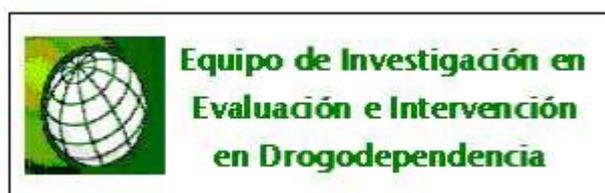
	9
DURACIÓN	45/60 Minutos
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Orientación Formativo-laboral
MATERIAL NECESARIO	Folios en blanco y bolígrafo/lápiz Documentación adjunta Ordenador
MATERIAL MULTIMEDIA	Power Point
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (30 MINUTOS)	Nuevo circuito formativo y ocupacional Pruebas para la obtención de títulos Pruebas libres para la obtención del Graduado en ESO Consideraciones generales de los cursos AFD y requisitos de acceso Información acerca de entidades/asociaciones que imparten cursos de capacitación profesional
TAREAS (30 minutos)	Tareas para la búsqueda en Internet de los cursos AFD y otros de interés

Nº SESIÓN	10
DURACIÓN	45/60 Minutos
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Orientación laboral I
MATERIAL NECESARIO	Folios en blanco y bolígrafo/lápiz Documentación adjunta
MATERIAL MULTIMEDIA	Vídeo: Entrevista de trabajo (8 minutos)
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (20 MINUTOS)	Información acerca del currículum vital y cómo elaborarlo La entrevista de trabajo
TAREAS (25 minutos)	Tarea grupal: En gran grupo se simula la realización de un currículum vitae Visualización y análisis de un vídeo en el que se desarrolla una entrevista de trabajo

Nº SESIÓN	11
DURACIÓN	45/60 Minutos
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	Orientación laboral II
MATERIAL NECESARIO	Folios en blanco y bolígrafo/lápiz Documentación adjunta Ordenador
MATERIAL MULTIMEDIA	
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (30 MINUTOS)	Proporcionar información acerca de los recursos existentes para la búsqueda de empleo Plan Municipal de Empleo COGAMI
TAREAS (15 minutos)	Uso del ordenador para aprender a utilizar las páginas web destinadas a la búsqueda de empleo

6. MIEMBROS DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIA



Francisco Otero Lamas – Unidad Drogodependencia CEDRO (Vigo)

Enrique Vázquez Justo – Universidad Lusiana Porto (Portugal)

Carlos Guillén Gestoso – Universidad de Cádiz

Pilar Domínguez González – Unidad Drogodependencia CEDRO (Vigo)

Jorge Cabrera Riande - Unidad Drogodependencia CEDRO (Vigo)

Adolfo Piñón Blanco - Unidad Drogodependencia CEDRO (Vigo)

ANEXOS

Anexo N° 1

Plantilla de trabajo de la conciencia Del déficit como un proceso metacognitivo

Vigo a de del 2013

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.

Anexo N° 2
Planilla de sesiones

N° SESIÓN	
DURACIÓN	45/60 Minutos
DIA	
DOMINIO COGNITIVO A TRABAJAR	
MATERIAL NECESARIO	
MATERIAL MULTIMEDIA	
TEMA TEORICO A TRABAJAR EN EL INICIO DE SESION (15 MINUTOS)	
TAREAS DE ESTIMULACION COGNITIVA (+/- 30 minutos)	

Anexo N° 3
Hoja Informativa del PHRN.Drog

HOJA DE INFORMACION

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

Este estudio en el que se le invita a participar pretende contribuir al diseño de un programa Holístico de Rehabilitación Neuropsicológica adaptado a la población Drogodependiente que ha sido estructurado en 36 Sesiones de trabajo de 2 horas de duración, distribuidas en 12 Semanas de tratamiento (+/-3 meses) y organizadas en tres sesiones a la semana.

La estructura de cada sesión, estará definida previamente en el manual del **PHRN.Drog**, organizada de la siguiente manera:

- 1º. 50 Minutos de trabajo
- 20 Minutos de descanso.
- 2º.50 Minutos de trabajo.

Y en ella, se trabajarán aspectos teóricos y prácticos abordados de una manera dinámica.

Una vez a la semana se realizará una tutoría de 20 minutos de duración, con el objeto de valorar el estado y evolución del paciente en dicho programa de rehabilitación.

Teniendo en cuenta la importancia de dicho programa, si usted acepta participar, se someterá a una amplia batería de evaluación Neuropsicológica, llevada a cabo en dos sesiones de 1 hora de duración cada una.

Por participar en el proyecto recibirá una compensación económica de 25 Euros al mes, siempre y cuando acuda a todas las sesiones planificadas (12 sesiones al mes).

De acuerdo con la ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos que se le van a solicitar son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio. La información de estos datos solo será conocida por los investigadores que se comprometen a la confidencialidad y que utilizarán los resultados solo con fines científicos (la presentación resultante puede ser mostrada en congresos, jornadas científicas, seminarios o puede ser objeto de publicación en revistas científicas).

De acuerdo con la ley vigente, tiene usted derecho a conocer el contenido de la presentación resultante, para lo cual y una vez realizada se le citará para enseñársela.

Su participación en este estudio es voluntaria y en cualquier momento, si lo desea, puede usted renunciar a seguir en el mismo sin que esto le suponga perjuicio alguno.

Ninguno de los investigadores recibe compensación económica por este proyecto.

Anexo N° 4

Consentimiento informado del PHRN.Drog

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

He sido invitado a participar voluntariamente en este programa por parte del equipo de investigación del proyecto.

He leído (o me han leído) la Hoja de información acerca de este proyecto que se me ha entregado.

He comprendido las explicaciones ofrecidas por los psicólogos del proyecto y he podido hacer las preguntas que he creído convenientes.

Atendiendo a todas las consideraciones anteriores

Yo D. _____,

Mayor de edad, acepto participar de forma voluntaria en el mencionado estudio y comprendo que puedo retirarme cuando quiera sin tener que dar explicaciones.

Fecha de la aceptación: _____

Firma del participante

Firma del investigador

Debido a un cambio en mis circunstancias personales, decido revocar el anterior consentimiento y dejar de participar en el estudio sin que esto tenga ningún tipo de consecuencias negativas para mí.

Firma del participante

Fecha de la revocación

Anexo Nº 5

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y DE CARÁCTER DOCENTE.

Yo..... Con DNI

Autorizo a **Adolfo Piñón Blanco**, profesional de la Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Vigo CEDRO a **GRABAR** en video las sesiones del "*Programa Holístico de Rehabilitación Neuropsicológica para personas con déficits neuropsicológicos asociados al consumo de drogas (PHRN.Drog)*".

La autorización de la grabación de las sesiones se limitará a que puedan ser analizadas y estudiadas por los profesionales de esta Unidad y a que sean usadas con fines educativos con profesionales de la salud mental o estudiantes universitarios en formación, y la película resultante puede ser mostrada en congresos y jornadas científicas.

Entendemos que los alumnos y profesionales que pudieran tener acceso a ver la grabación quedarán obligados a respetar y proteger nuestra privacidad y anonimato.

Autorizamos voluntariamente el uso de la filmación de vídeo o DVD para:

1. El coordinador del programa..... SI-No
2. Formación de profesionales..... SI-No

En cualquier caso, el tratamiento que usted precisa no se verá afectado por su decisión de autorizar o no la grabación u observación indirecta de su tratamiento psicoterapéutico. El profesional responsable del tratamiento siempre decidirá la mejor opción terapéutica para usted respetando la confidencialidad y protección de datos a que obliga la actual legislación.

MANIFIESTO HABER LEIDO Y ENTENDIDO EL PRESENTE FORMULARIO Y ESTAR DE ACUERDO CON LAS OPCIONES QUE HEMOS ELEGIDO.

Firma del paciente

Firma del Coordinador del PHRN.Drog

Vigo a de del 2013

Anexo N° 6

PLANILLA DE ASISTENCIA DEL PHRN.Drog

	Primer mes de tratamiento								Segundo mes de tratamiento								Tercer mes de tratamiento																				
	1Semana	2Semana	3Semana	4Semana	5Semana	6Semana	7Semana	8Semana	9Semana	10Semana	11Semana	12Semana	1Semana	2Semana	3Semana	4Semana	5Semana	6Semana	7Semana	8Semana	9Semana	10Semana	11Semana	12Semana													
Nombre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	

Anexo N° 7

Encuesta de valoración del PHRN.Drog

Opina sobre el desarrollo del Programa de rehabilitación:

	Excelente	Buena	Regular	Mala
La organización del programa ha sido				
El nivel de los contenidos ha sido				
La utilidad de los contenidos aprendidos				
La utilización de casos prácticos				
La utilización de medios audiovisuales				
La comodidad de la sala				
El ambiente del grupo de alumnos				
La duración del programa ha sido				
El horario realizado ha sido				
En general, el programa te ha parecido				
Califica el programa con una nota de 0 a 10 puntos				

Expresa con una frase lo que comentarías a un compañero/a que vaya a realizar este programa:

.....

Los profesionales que han impartido el programa:

	Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Han utilizado explicaciones teóricas				
Han realizado prácticas				
Han fomentado el trabajo en equipo				
Han propiciado buena comunicación				
Han sabido motivar al grupo				

Tu participación en este curso:

	Buena	Regular	Mala
Mi motivación ha sido			
Mi participación ha sido			
La asimilación de contenidos			
La aplicación en mi día a día será			

Finalmente, si has echado algo de menos o quieres proponer algo, coméntalo:

.....
.....
.....

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

Anexo N° 8

Resultados de la encuesta de valoración del PHRN.Drog

ENCUESTA DE VALORACIÓN DEL PROGRAMA HOLÍSTICO DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA PARA PERSONAS CON DÉFICITS NEUROPSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS. (PHRN.DROG).

Opina sobre el desarrollo del Programa de rehabilitación:

Puntuaciones directas	Excelente	Buena	Regular	Mala
La organización del programa ha sido	5	2	0	0
El nivel de los contenidos ha sido	2	4	1	0
La utilidad de los contenidos aprendidos	3	3	1	0
La utilización de casos prácticos	1	5	0	1
La utilización de medios audiovisuales	4	3	0	0
La comodidad de la sala	0	6	1	0
El ambiente del grupo de alumnos	3	3	1	0
La duración del programa ha sido	2	4	0	1
El horario realizado ha sido	2	4	1	0
En general, el programa te ha parecido	3	3	1	0
Califica el programa con una nota de 0 a 10 puntos	Med = 7,71			
Puntuación en %	Excelente	Buena	Regular	Mala
La organización del programa ha sido	72%	28%	0%	0%
El nivel de los contenidos ha sido	28%	58%	14%	0%
La utilidad de los contenidos aprendidos	43%	43%	14%	0%
La utilización de casos prácticos	14%	72%	0%	14%

La utilización de medios audiovisuales	58%	42%	0%	0%
La comodidad de la sala	0%	86%	14%	0%
El ambiente del grupo de alumnos	43%	43%	14%	0%
La duración del programa ha sido	28%	58%	0%	14%
El horario realizado ha sido	28%	58%	14%	0%
En general, el programa te ha parecido	43%	43%	14%	0%
Califica el programa con una nota de 0 a 10 puntos	Med = 7,71			

Expresa con una frase lo que comentarías a un compañero/a que vaya a realizar este programa:

- Hazlo, te va a venir mejor de lo que tu crees. Merece la pena.
- Que ayuda a mantener la abstinencia.
- Te recomiendo que te animes a hacer el programa.
- Un curso muy entretenido.
- Seria bueno, por lo bien que se pasa y se aprende.
- Te lo recomiendo, te va ayudar en tu vida.
- Solo si estas lo suficiente estable.

Los profesionales que han impartido el programa:

Puntuaciones directas	Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Han utilizado explicaciones teóricas	7	0	0	0
Han realizado prácticas	4	2	1	0
Han fomentado el trabajo en equipo	7	0	0	0
Han propiciado buena comunicación	6	1	0	0
Han sabido motivar al grupo	5	2	0	0

Puntuaciones en %	Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Han utilizado explicaciones teóricas	100%	0%	0%	0%
Han realizado prácticas	58%	28%	14%	0%
Han fomentado el trabajo en equipo	100%	0%	0%	0%
Han propiciado buena comunicación	86%	14%	0%	0%
Han sabido motivar al grupo	72%	28%	0%	0%

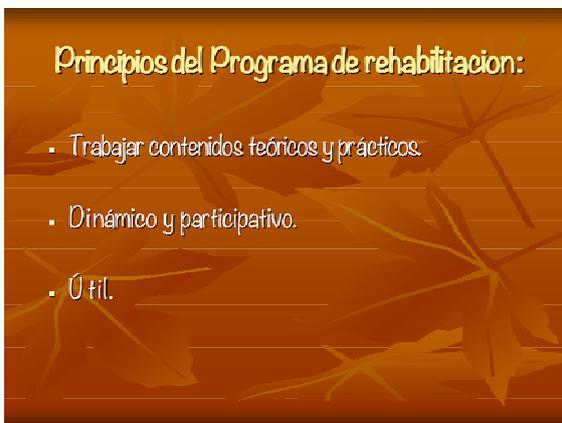
Tu participación en este curso:

	Buena	Regular	Mala
Mi motivación ha sido	5	2	0
Mi participación ha sido	5	1	1
La asimilación de contenidos	6	1	0
La aplicación en mi día a día será	5	1	1
Puntuaciones en %	Buena	Regular	Mala
Mi motivación ha sido	72%	28%	0%
Mi participación ha sido	72%	14%	14%
La asimilación de contenidos	86%	14%	0%
La aplicación en mi día a día será	72%	14%	14%

Finalmente, si has echado algo de menos o quieres proponer algo, coméntalo:

- Volvería a realizar el curso.
- Si me ofrecieran volverlo a realizar no lo duraría ni un segundo.
- Repetir la experiencia.
- Me gustaría poder hacer más cursos iguales o parecidos. Me lo pase muy bien.
- Volvería a hacer el curso.
- Si volvería a hacer un curso parecido. A lo mejor hecho de menos una atención mas individualizada en algunas cosas.
- Una utilización más practica en cuanto al día a día de los pacientes, de todos los pacientes.

Anexo N° 9
Hojas de impresión de la presentación en formato powerpoint del PHRN.Drog



Programas Holísticos (Malec y Basford, 1986)

- 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 Caracul 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).



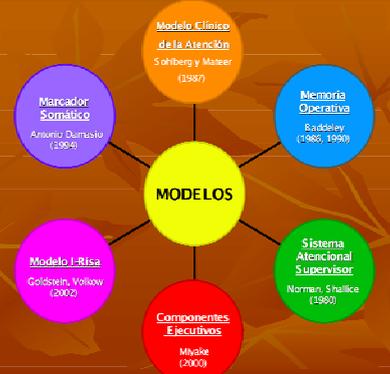
Técnicas y estrategias

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

- Restauración.
- Compensación.
- Sustitución.



www.ozc.nhs.uk



Rehabilitación Cognitiva

- Bateria 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 subprocesos atencionales y ejecutivos.
- Programa I-D-E-A-L de Burgess y Robertson (2003)



- **Rehabilitación cognitiva individualizada:**
- Tareas de atención, memoria y función ejecutiva (lápiz y papel, ordenador).



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.

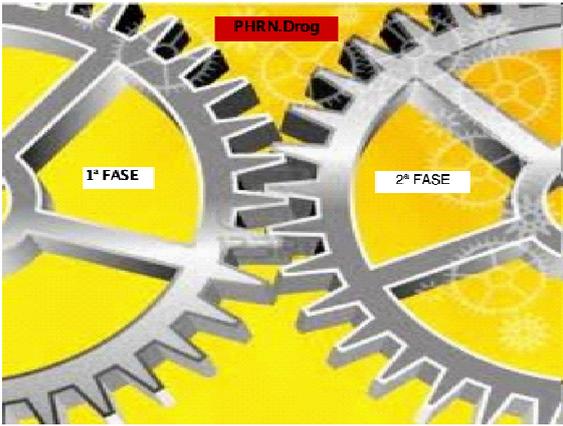


Objetivos Iniciales:

- Aceptación de la dinámica del programa por parte de los pacientes.
- Establecer un contexto (miliu terapéutico)
- Continuidad en el programa.
- Alcanzar un nivel cognitivo óptimo, 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.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ausiás Josep Cebolla i Martí “Eficacia der la Terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión. Universidad de Valencia Servei de Publicacions Tesis doctoral 2009.
2. Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
3. Ben-Yishay, Y., Rattok, J., Lakin, P., Piasetsky, E.G., Ross, B., Silver, S., Zide, E., & Ezrachi, P. (1985). Neuropsychologic rehabilitation: Quest for a holistic approach. *Seminars in Neurology* 5, 252–259.
4. Ben-Yishay, & Prigatano, G.P. (1990). Cognitive remediation. In M. Rosenthal, E.R. Griffith, M.R., Bond, & J.D. Miller (Eds.), *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury*, Second edition (pp. 393-409). Philadelphia: F.A: Davis.
5. Caracuel-Romero, A. (2010). Eficacia de un programa holístico de rehabilitación neuropsicológica para pacientes con daño cerebral adquirido. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
6. Christopher K. Germer. “El poder del Mindfulness” Edit. Paidós 2011.
7. Daniel J. Siegel. “Cerebro y Mindfulness” Edit: Paidós 2010.
8. Delgado Pastor, Luís C. “Correlatos psicofisiológicos de Mindfulness y la preocupación .Eficacia de un entrenamiento en habilidades Mindfulness” Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada.
9. Diller, L.L. (1976). A model for cognitive retraining in rehabilitation. *Clinical Psychologist* 29, 13–15.
10. Fabrizio Didonna editor. “Manual clínico de Mindfulness” Edit: Desclee de Brouwer.
11. Germer, C., Siegel, R. y Fulton, P. (Eds.) (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
12. James, William, (1890). *The principles of psychology*. New York, NY, US.
13. Jesús Blasco; José Martínez-Raga, Emelia Carrasco; Javier Didia-Attas “Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas” *Revista Adicciones*, 2008 • Vol.20 Núm. 4 • Págs.365-376.
14. Jon Kabat Zin “La práctica de la Atención Plena” Editorial Kairos 2005.
15. Jon Kabat Zin “Mindfulness en la vida cotidiana” Paidos 2012.
16. Jon Kabat Zinn. “Vivir con plenitud la crisis” Edit: Kairós 2004.
17. María Teresa Miró “La atención plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia” Edt: Universidad de La Laguna

18. Piñón-Blanco, A. (2009). El trisquel: Un juego como herramienta de estimulación cognitiva para el tratamiento con drogodependientes. Cádiz: Instituto de Formación Interdisciplinar.
19. Piñón-Blanco, A. (2010). Memorado: Cádiz: Instituto de Formación Interdisciplinar.
20. Rogers RD, Robbins TW (2001). Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse. *Curr Opin Neurobiol* 11: 250–257
21. Rossini PM, Sauri F. Neuromagnetic integrated methods tracking human brain mechanisms of sensorimotor areas ‘plastic’ reorganisation. *Brain* 2000;33:131–154.
22. Sarah Bowen, Neha Chawla, G. Alan Marlatt. “Mindfulness-based Relapse prevention for addictive behaviors. A Clinician’s Guide. Guilford Press 2011.
23. Steven F. Hick, Thomas Bien “Mindfulness y psicoterapia” Edit: Kairos 2010.
24. Sieira-Valiño, J; Iglesias-Fungueiriño, M; Sánchez Pérez, M^a; Vázquez Justo, E; Guillén Gestoso, C; Domínguez-González, P; Cabrera-Riande, J; Piñón-Blanco, A; Iglesias-Vázquez, M^a. (2011): Batería neuropsicológica para la rehabilitación cognitiva en drogodependencia. I.S.B.N.: 978-84-615-2481-5. Cádiz: Instituto de Formación Interdisciplinar.
25. Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (1989). Introduction to Cognitive Rehabilitation. Nueva York: Guilford.
26. Sohlberg MM, Mateer CA. Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach. 1 ed. New York: Guilford Press; 2001.
27. Steven F. Hick, Thomas Bien “Mindfulness y psicoterapia” Edit: Kairos 2010
28. 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.
29. Vicente Simón, “Aprender a practicar Mindfulness” Sello Editorial 2011.
30. Vicente Simón “Vivir con plena atención” De la aceptación a la presencia. Edit: Desclee de Brouwer. Serendipity. 2011.
31. Vicente M. Simón, María Teresa Miró, M^a Antonia Pérez y Luis Botella, Azucena García Palacios, Ausiàs Cebolla y María Teresa Miró y otros. Mindfulness y psicoterapia. Monográfico sobre Mindfulness *Revista de Psicoterapia Época II*, Volumen XVII - 2º/3er. trimestre 2006
32. Zindel V. Segal, J Mark G. Williams, John D. Teasdale. Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Edit: Desclee de Brouwer.

