

REHABILITACIÓN COGNITIVA EN LA ESQUIZOFRENIA



Dra. Viviana Lapiz Chuquimbalqui

Departamento de Rehabilitación en Salud Mental

Hospital Hermilio Valdizan

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA EN ESQUIZOFRENIA

- Los estudios recientes han demostrado que la alteración cognitiva representa una característica nuclear de la enfermedad, los déficits cognitivos que tradicionalmente se asocian a la psicosis son **la memoria, funciones ejecutivas, atención, alteraciones motoras, del lenguaje, percepción o funcionamiento intelectual general**.
- Los estudios con personas en alto riesgo de sufrir psicosis han demostrado que los déficits cognitivos aparecen **antes del debut de otros síntomas clínicos** y su curso longitudinal interfiere gravemente con el grado de **autonomía funcional y la calidad de vida de los pacientes**.
- Encontramos a su vez, **dificultades para alcanzar una integración** social plena, tanto por la discapacidad que deriva de la enfermedad como por la falta de oportunidades que la propia sociedad les ofrece. A esta situación contribuyen entre otros factores la aún insuficiente oferta de recursos de rehabilitación, el estigma y la discriminación que ésta población soporta. Por ellos se considera importante una mayor acentuación en el desarrollo de programas de rehabilitación.

FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO

NEUROPLASTICIDAD

Capacidad de cambio que posee el cerebro a lo largo de la vida. Permite a las neuronas regenerarse

**NEURONAS
ESPEJO**
Empatía
Imitación

RESERVA COGNITIVA

Rol protector que poseen la educación y las actividades intelectuales que practique un sujeto

DÉFICIT NEUROPSICOLÓGICO ASOCIADO

CORTEZ PREFRONTAL

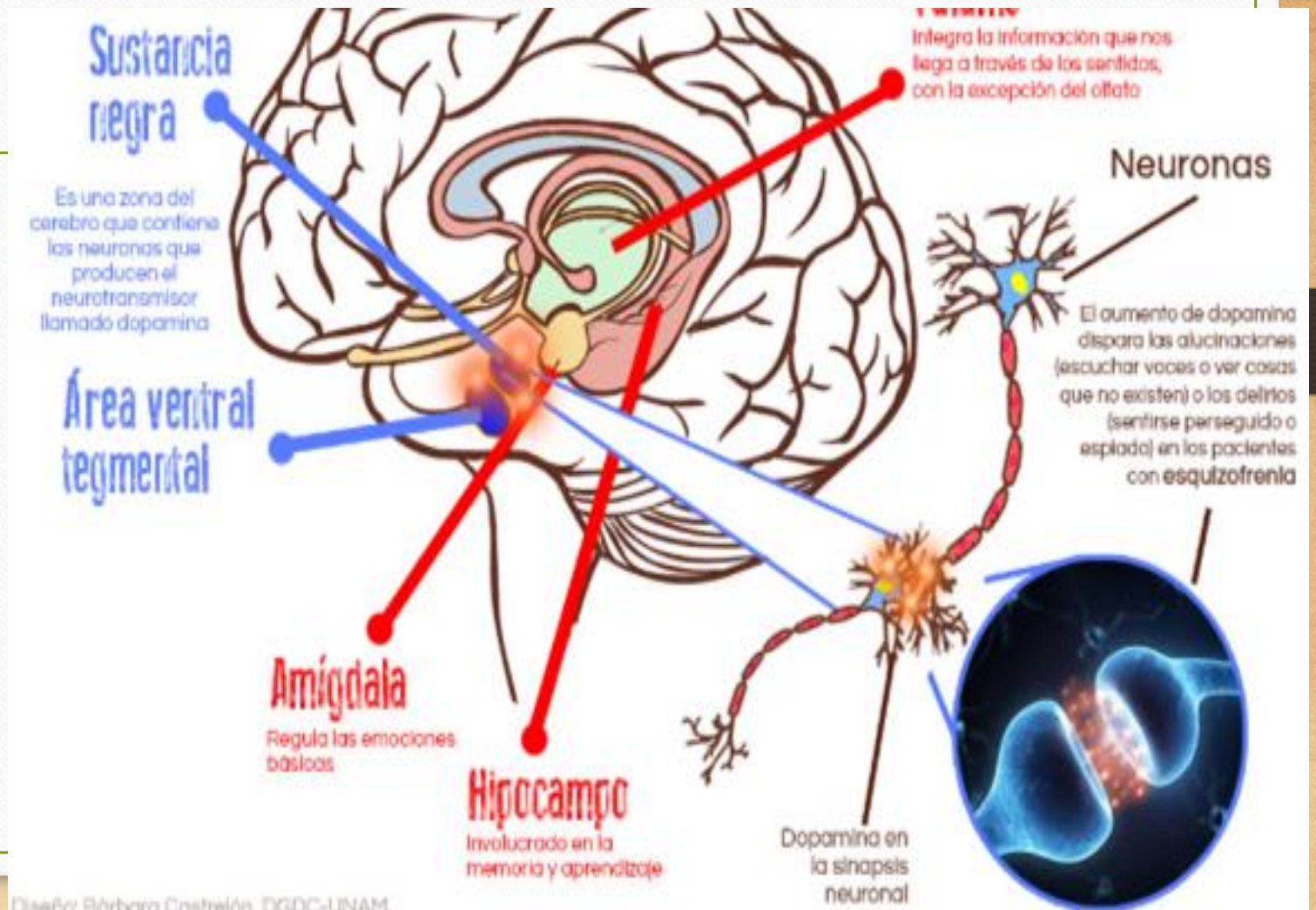
Deterioro de funciones ejecutivas

HIPOCAMPO Y TALAMO MEDIAL

Disfunción mnésica

GANGLIOS BASALES

Conducta y planificación motora



EL DETERIORO COGNITIVO

1. Disminuye la motivación y la adherencia al tratamiento.
-

Afrontamiento
↓ ineficaz
Autocuidado

2. Causa dependencia, incapacidad y no acceso a un empleo.

Deterioro de interacción
social
Déficit de actividades
recreativas

EL DETERIORO COGNITIVO

1. Acentúa las carencias en relaciones sociales y familiares

**Afrontamiento
familiar** comprometido
Deterioro en la
comunicación verbal
desempeño ineficaz del
rol

2. Predice un mayor numero de recaídas, mayor uso de recursos sociosanitarios

PEOR CURSO DE LA ENFERMEDAD

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA

TERAPIA PSICOLOGICA INTEGRADA (Brenner)

5 Módulos
Deficit cognitivo
Comportamiento social

Atención, formación de
conceptos, pensamiento
abstracto.

PROGRAMA EJECUTIVO FRONTAL (Morice y delahunty)

2 Modulos
Planificación y flexibilidad

Función ejecutiva,
memoria de trabajo,
planificación,
autoestima

TERAPIA DE MEJORA COGNITIVA (Hogarty y Flesher)

Pacientes
ambulatorios,
déficits cognitivos
sociales y no sociales

Basado en la teoría
del neurodesarrollo

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PSICOSIS

8 Modulos, 300
ejercicios.
2 manuales

Atención memoria,
funciones ejecutoras,
velocidad de
procesamiento, fluidez
verbal fonologica



rehacop

programa de rehabilitación cognitiva en psicosis

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

OBJETIVOS GENERALES:

- **La importancia de los modelos teóricos como referencia:** La neuropsicología cognitiva
- **La necesidad de adoptar una perspectiva interdisciplinaria y múltiple:** participación conjunta coordinada de un **equipo interdisciplinario.**
- **Es esencial adoptar un orden de prioridades:** Una vez realizada la evaluación neuropsicológica inicial de los pacientes es imprescindible establecer una planificación

- **Intervención de forma precoz**
- **Tiempo suficiente de tratamiento:** mínimo de **3 meses** de tratamiento con una frecuencia de 3 a 4 sesiones por semana.
- **Las habilidades conservadas son la base del tratamiento:** conocer las **habilidades que conservan los pacientes** y trabajarlas durante el tratamiento para compensar déficits
- **La rehabilitación ha de centrarse mas en la discapacidad que en los déficits:** centradas en la **discapacidad** y en la **participación** y que ayuden a mejorar la calidad de vida.
- **Es imprescindible considerar las variables emocionales:** Como la **desinhibición, la apatía, los trastornos afectivos o la presencia de comportamientos agresivos** constituyen un elemento esencial que no puede ser ignorado.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

RESTAURACIÓN DE FUNCIONES DAÑADAS ➡ Estimulación Repetitiva

COMPENSACIÓN DE FUNCIONES PERDIDAS ➡ Estrategias Alternativas o Ayudas externas

OPTIMIZACIÓN DE FUNCIONES RESIDUALES ➡ Uso de Sistemas Cognitivos Conservados

Incluye:

- Fichas técnicas
- Fichas explicativas
- Instrucciones para el terapeuta y el paciente
- Láminas estimulares
- Hojas de recogida de respuesta
- Tareas para la casa
- Soluciones de los ejercicios

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA PRE Y POST TRATAMIENTO:

EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA:

- Se recomienda realizar una evaluación con pruebas estandarizadas pre y post tratamiento a cada paciente con el propósito de medir y conocer:
- Existencia de deterioro cognitivo
- Definir cuales son la áreas afectadas.
- Establecer el nivel o severidad del deterioro.
- Evaluar los cambios obtenidos gracias al tratamiento.

NIVEL DE DETERIORO

- **DETERIORO SEVERO ($P_c < 10 - 20$)**

Aplicar afiches de niveles de dificultad bajos

- **DETERIORO MODERADO ($P_c 20 - 30$)**

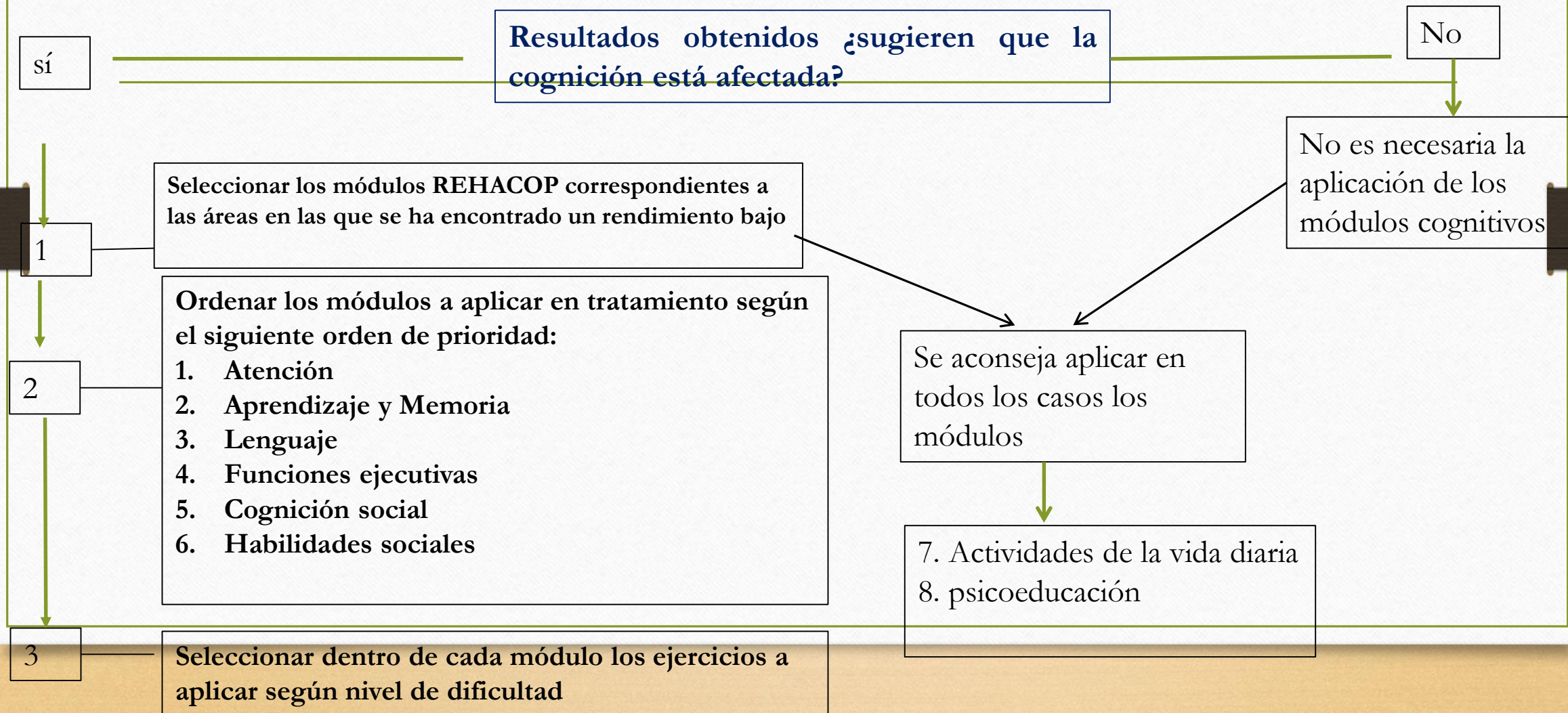
Aplicar cfichas de niveles bajos – medios

- **NORMAL ($P_c 30 - 100$)**

Aplicar fichas de medios / altos

ALGORITMO DE DECISIÓN PARA APLICAR EL REHACOP

Evaluación Neuropsicológica
PRE Tratamiento



MODULOS

- **ATENCIÓN**
- **APRENDIZAJE Y MEMORIA**
- **LENGUAJE**
- **FUNCIONES COGNITIVAS**
- **COGNICIÓN SOCIAL**
- **HABILIDADES SOCIALES**
- **ABVD**
- **PSICOEDUCACIÓN**

Recomendaciones generales:

- El programa ofrece una serie de fichas con diferentes tareas a realizar, divididas por: **Dominios cognitivos alterados en la enfermedad**, éstos se dividen en **subáreas** más específicas de distinto grado de dificultad.

Recomendaciones Específicas

- Mínimo de tres meses, 3 sesiones por semana. 1h.30min
- La intervención puede llevarse a cabo de forma individual y grupal.
- Mayores de 18 años.

APLICACIÓN INDIVIDUAL

Atención y concentración
Lenguaje
Memoria
Funciones ejecutivas
Habilidades Sociales
Psicoeducación
Actividades de la vida diaria
Cognición social

APLICACIÓN GRUPAL

Lenguaje
Habilidades sociales
Psicoeducación
Actividades de la vida diaria
Cognición social

Formato de las fichas:

Cada ficha corresponde a un ejercicio, una ficha se compone de 3 secciones

- **1. Primera sección:** Se muestra datos acerca del dominio y subdominio cognitivo que se trabaja con tarea, el nivel de dificultad estimado de la tarea, (bajo, bajo – medio, medio, medio – alto y alto).
- **2. En la segunda sección** se ofrece la hoja de ejercicios.
- **3. La tercera** hoja contiene las soluciones a la hoja de ejercicios.

DESCRIPCIÓN DE MÓDULOS:

Atención y Concentración

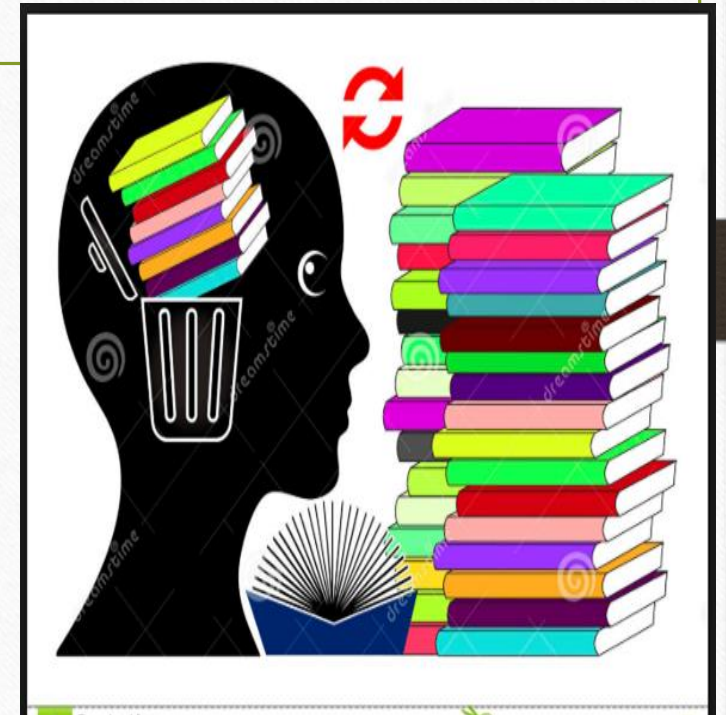
- **Atención focal** (respuesta básica a un estímulo)
- **Atención sostenida** (vigilancia y memoria de trabajo)
- **Atención selectiva** (libre de distracción)
- **Atención alterante** (capacidad para la flexibilidad mental)
- **Atención dividida** (capacidad para responder a dos tareas simultaneas)



Aprendizaje y memoria:

Se sugieren tres tipos de memoria en función al tiempo:

- **Memoria sensorial**, que supone el reconocimiento momentáneo y dura milisegundos
- **Memoria a corto plazo**, relacionada con la memoria operativa o de trabajo.
- **Memoria a largo plazo**, que retiene información indefinidamente.



procedimientos usados para ayudar a las personas con problemas de memoria:

- **Adaptaciones ambientales:** Entre los cambios mas usados, son los rotulos en cuartos y aparatos del hogar, uso de aparatos diseñados ergonómicamente como estufas, interruptores, puertas duchas.
- **Aprendizaje nuevo:** la información que debe aprenderse se evalúa inmediatamente después del aprendizaje y posteriormente se van eliminando letras hasta que se omite por completo y la persona debe escribirlo. Cabe mencionar el aprendizaje sin errores.
- **Nuevas tecnologías:** Las casas inteligentes o el sistema localizador para funcionar como alarma externa y recordar a la persona diversas actividades que debe realizar como medicarse o mirar su agenda.

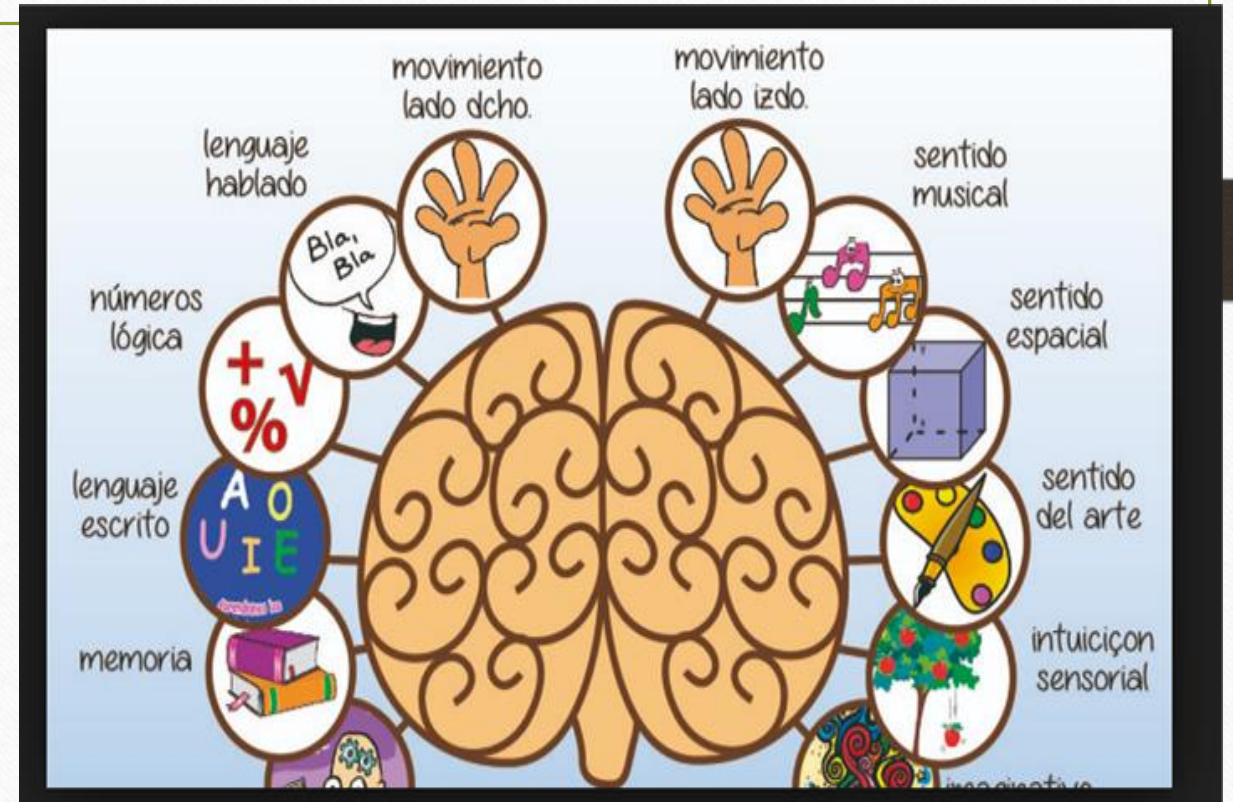
Lenguaje

- Las descripciones clínicas tradicionales plantean que los pacientes con psicosis experimentan una enorme dificultad para poder comunicarse adecuadamente con otras personas y que su forma de hablar esta relacionada con un pensamiento disgregado.



Funciones ejecutivas

- Pensamiento organizado, lógico
- Comprende símbolos universales, una frase, una historia
- formulación de metas
- planificación para su logro
- ejecución de la conducta de una forma eficaz.



Funciones ejecutivas

Implica el conocimiento de los pasos, inicio de la actividad, la organización de los objetivos, revisión del plan y velocidad de ejecución, estableciendo diferentes niveles de dificultad.

- **Control del tiempo:** Implica calcular aproximadamente el tiempo necesario para llevar a cabo el plan, crear horarios, ejecutar el plan y revisar continuamente el tiempo invertido.
- **Autorregulación de la conducta:** Sus componentes son el conocimiento de la propia conducta y la de los demás, la capacidad de control de los impulsos aumentando la capacidad reflexiva, la omisión de conductas inapropiadas y emisión de las apropiadas.

Cognición social:

- Implicados en el modo de pensar de la gente sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones, que permiten que el paciente entienda, actúe y se beneficie del mundo interpersonal.
- Entre los procesos que constituyen la cognición social encontramos el procesamiento emocional, la teoría de la mente, la percepción social, el conocimiento social y el estilo atribucional.



Habilidades Sociales:

- Son el conjunto de conductas y actitudes que el ser humano pone de manifiesto en la **relación con otras personas**. Estas conductas se basan fundamentalmente en el dominio de las habilidades de **comunicación** y requieren un buen **Autocontrol emocional por parte del individuo**.
- Dentro del espectro de la psicosis el área de las habilidades sociales es una de las más afectadas, las conductas y actitudes inapropiadas provocan el rechazo del entorno del paciente y en consecuencia la **inserción social y laboral necesaria**.



Actividades Básicas de la Vida Diaria:

- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:**

Adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Se evalúan las siguientes capacidades: hacer compras, usar el teléfono, preparar la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, usar el teléfono, prepara la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, manejo de la medicación, manejar el dinero.

- **Actividades avanzadas de la vida diaria:**

conjunto de conductas elaboradas de control del medio físico y del entorno social que permiten al individuo **desarrollar un rol social**, mantener una buena salud mental y disfrutar de una excelente calidad de vida.



Tener en cuenta la generalización de las habilidades a la actividad de la vida diaria del paciente:

El **modelo de Gordon**, que describe tres niveles de generalización del tratamiento neuropsicológico a las conductas funcionales:

- **Nivel 1:** La rehabilitación debe demostrar que **se mantienen los resultados** del entrenamiento de una sesión a otra empleando los mismos materiales y situaciones.
- **Nivel 2:** Los progresos conseguidos se han de ver reflejados en tareas similares a las que han sido adiestradas, pero que requieren la puesta en marcha de las mismas habilidades.
- **Nivel 3:** Supone la transferencia de las habilidades adquiridas en las sesiones de entrenamiento al funcionamiento en las actividades diarias.

Psicoeducación:

- Consiste en informar al paciente sobre todos los aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento; así como ayudar a esclarecer todas las dudas que se le planteen. Durante varias sesiones, se informa al paciente y a la familia sobre la enfermedad y su sintomatología, la medicación, el consumo de drogas, los recursos sociales, métodos de relajación.



2.5. FICHA EXPLICATIVA

En el siguiente apartado se incluye un modelo de ficha de ejercicio con los descriptores de cada campo, con el objetivo de familiarizar al terapeuta con el sistema de fichas de REHATOP. Cada ficha genera un efecto en formato de ficha, e incluye una ficha Descriptora, una de Ejercicio y otra última de Solución cuando procede.

**FICHA DESCRIPTORA
HOJA 1**

Indica nombre
del paciente

Fecha de aplicación
de la ficha

Nombre y apellidos:

Fecha:

Cancelación número siguiente II

Indica a qué
hoja se refiere

Describe habilidad a ser
ejercitada

Habilidad a trabajar: Atención
Subdrea: Atención selectiva

Subdescribe habilidad
a ser ejercitada

Nivel de dificultad: bajo-medio

Indica la dificultad asociada al
ejercicio, en este caso se indica que
se trata de un ejercicio de dificultad
baja-medio

Instrucciones para el terapeuta

En esta ficha de cancelación el paciente deberá tachar las figuras indicadas en las instrucciones para el terapeuta. Entregue la hoja de ejercicios y lea las instrucciones. Asegúrese de que entiende las instrucciones antes de empezar. Para ello puede ayudarse del ejemplo de la hoja de ejercicios. Deberá seguir nuestro orden normal de lectura, es decir, de izquierda a derecha y de arriba a abajo. El ejercicio debe realizarse en la ayuda física del dedo.

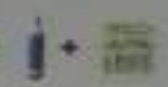
Es posible variar el ejercicio cambiando los números que debe tachar. Las soluciones se obtienen en una hoja aparte.

La dificultad del ejercicio se puede aumentar aumentando el tiempo a 45 segundos.

Instrucciones para el paciente

66 debe tachar los números que siguen a cada **55**. Fíjese que no tiene que tachar el número **55** sino el número siguiente y el número anterior. Observe el ejemplo que tiene en la hoja de ejercicios. ¿Lo ha entendido? Añade **55**.

Números necesarios: 1100, 1100 de ejercicios



Indica la dificultad
del ejercicio, en este caso se indica
que se trata de un ejercicio de
dificultad baja-medio

Introducción

**FICHA EJERCICIO
HOJA 2**

Indica nombre
del paciente

Fecha de aplicación
de la ficha

Nombre y apellidos:

Fecha:

8 5 4 3 6 3 2 4 7 3 1

Indica la dificultad
del ejercicio

Indica a qué
hoja se refiere

9	7	3	6	4	7	2	8	1	7	8	4	7	2	8	7	3	6	7	7	5	3	6	0	4	6
2	7	3	4	1	6	4	7	5	8	3	9	2	0	8	4	6	5	6	8	2	3	7	4	9	5
6	8	7	8	3	2	1	6	9	4	3	7	2	4	4	5	7	6	8	9	6	5	1	2	2	1
8	7	9	7	3	1	2	5	8	9	4	6	1	2	5	3	4	7	7	8	8	6	4	2	2	3
1	3	2	4	4	3	4	7	9	7	3	4	6	9	7	5	8	6	4	5	8	6	2	3	7	5
1	5	1	8	7	5	3	2	4	6	8	4	5	2	1	7	3	6	0	4	8	2	9	4	1	7
3	6	4	7	2	8	1	7	8	4	7	2	8	3	7	6	3	9	1	6	0	8	3	6	3	8
1	2	8	3	7	1	9	4	7	2	3	4	1	2	7	3	6	1	6	2	6	4	8	7	3	1
2	8	5	8	8	5	6	7	1	2	1	6	4	9	7	2	1	3	4	6	7	5	8	2	1	4
3	7	9	4	5	8	3	7	9	1	2	4	5	6	4	7	5	4	7	4	5	2	4	1	1	4
3	7	6	0	9	5	2	4	6	7	9	8	3	2	1	6	4	3	5	2	7	3	8	9	3	7
6	4	9	9	5	4	6	7	2	8	3	4	6	5	9	2	4	3	7	5	4	6	4	6	7	8
8	2	1	5	5	4	6	1	7	8	9	1	7	4	8	1	2	5	5	8	9	5	6	7	1	2
1	6	4	9	7	2	5	3	4	6	7	5	8	2	1	4	3	3	9	4	5	8	3	7	8	1
2	4	5	6	4	7	5	4	7	4	3	2	4	1	3	6	3	7	8	8	9	5	2	4	6	7
9	8	3	2	1	6	4	3	5	1	7	4	8	5	2	6	5	0	9	5	0	7	8	3	7	5

MEJORAN EN	MEJORIA CLINICA	ACTIVIDADES Y RESULTADOS
• Aprendizaje • Memoria • Fluidez verbal • Atención	• Conciencia de Enfermedad • Severidad clinica global • Tendencia a la mejoría en el funcionamiento global	• Intervenciones más estructuradas • Instrucciones claras y precisas • Resultados objetivables

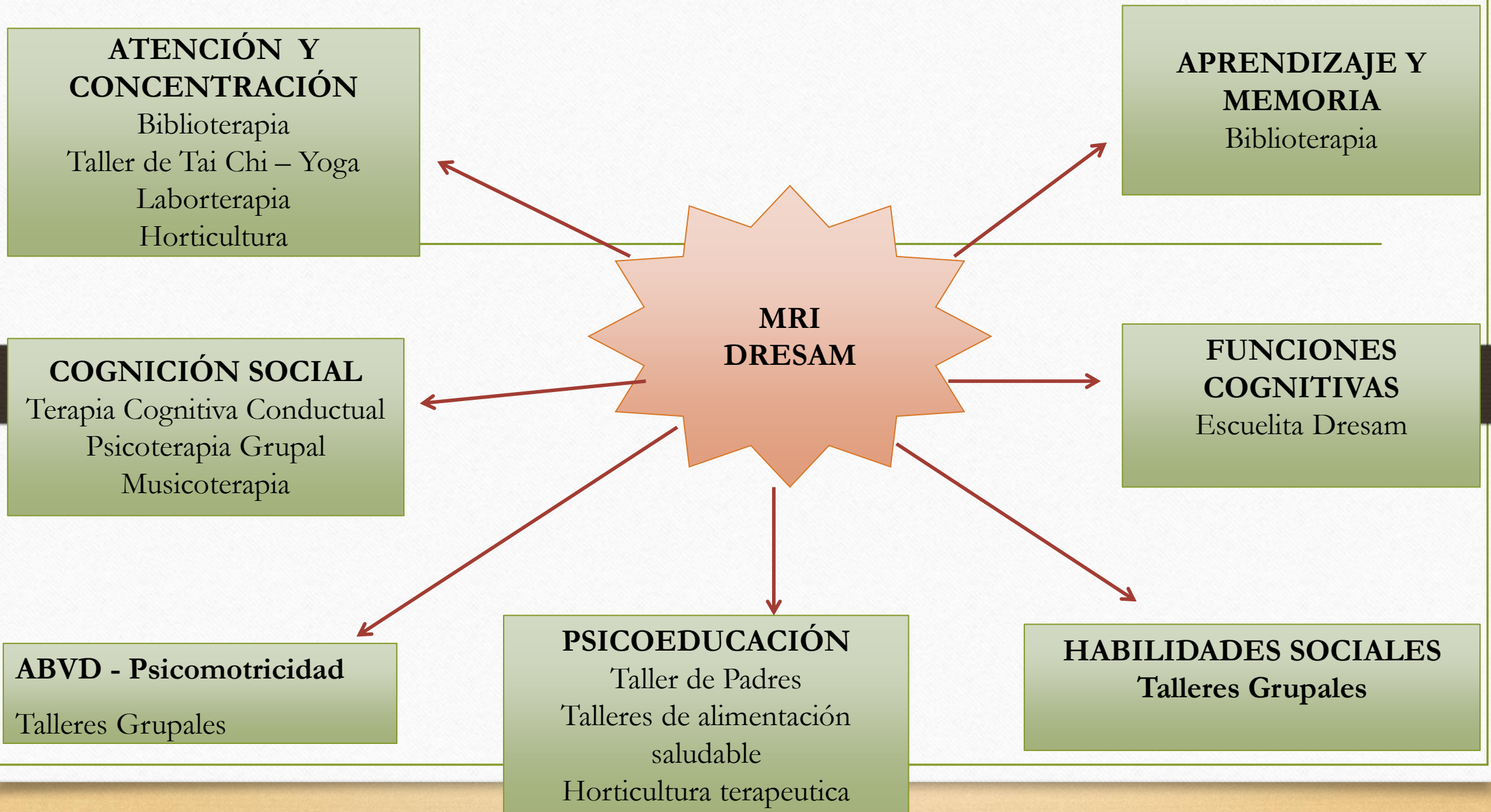
MODELO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DRESAM

1.- Evaluación integral inicial por el **Equipo terapéutico**

- Médico Psiquiatra
- Psicóloga
- Terapeuta Ocupacional
- Asistente Social
- Enfermera

2.- **Plan de Trabajo Individualizado**, de acuerdo a los objetivos del usuario y funcionalidad.

3.- Control mensual y evaluación integral semestral.



PSICOTERAPIA INDIVIDUAL



HORTICULTURA TERPEUTICA



LABORTERAPIA



MUSICOTERAPIA



TAI CHI



HORTICULTURA TERAPEUTICA



BIBLIOTERAPIA



HORTICULTURA TERAPEUTICA



TALLER DE PADRES



GRACIAS