



Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal:

Aproximación conceptual y práctica.

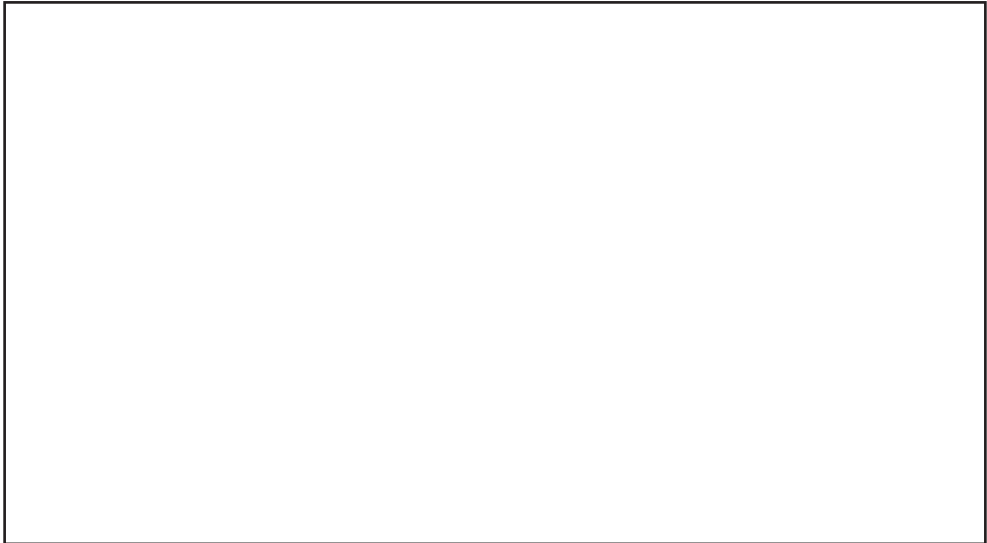
Steve F. Pedraza V.

UMB
EDITORIAL

**Rehabilitación
Neuropsicológica
Multimodal:
Aproximación conceptual y práctica.**

Steve F. Pedraza V.

Universidad Manuela Beltrán



Autoridades Administrativas

Juan Carlos Beltrán Gómez

Gerente

Juan Carlos Tafúr Herrera

Secretario general

Autoridades Académicas

Alejandra Acosta Henríquez

Rectora

Juan Carlos Tafúr Herrera

Vicerrector académico (E)

Fredy Alberto Sanz Ramirez

Vicerrector de Investigaciones

Hugo Herley Malaver Guzmán

Vicerrector de calidad

Danny Julián Quintana Torres

Decano de la facultad de derecho

Rafael Andrés Baéz Gutiérrez

Secretario académico

Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal: Aproximación conceptual y práctica.

REHABILITACIÓN
NEUROPSICOLÓGICA
MULTIMODAL:
Aproximación conceptual y práctica.
Steve F. Pedraza V.
1 edición
Abril de 2010
ISBN 978-958-9483-69-5
Dr. Guido Echeverri Piedrahita
Rector
Ing. Manuel Jiménez Ramírez
Vicerrector de Investigaciones
Dr. Alexa Liliana Rodríguez Padilla
Decana de la Facultad de Psicología
Revisión Técnica:
Mag. Martha Roncansio
Mag. Paulo Daniel Acero
Editorial:
Universidad Manuela Beltrán
Diseño y Diagramación:
Robinson Hernández Torres
2010

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
Avenida Circunvalar No 60-00 Telf. 5460600

Steve F. Pedraza V., es Psicólogo Magna Cum Laude de la Universidad Central de Venezuela -UCV, Especialista en Psicología Clínica (mención Neuropsicología Clínica) de la UCV, y Magíster en Psicología Clínica y de Familia de la Universidad Santo Tomás, Colombia. Ha sido neuropsicólogo y psicoterapeuta de la Sección de Neuropsicología del Hospital Universitario de Caracas, del Instituto Venezolano para el Desarrollo Integral del Niño – INVEDIN, del Grupo Interdisciplinario de Trabajo en Demencias de la Universidad Nacional de Colombia. Ha realizado conferencias en el área en Colombia, Venezuela, Argentina, Uruguay, Chile, España y Turkía. Actualmente es Investigador Líder del Grupo de Investigación en Neurociencias de la Universidad Manuela Beltrán y docente de la Universidad Católica de Colombia y de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia.

Universidad Manuela Beltrán

A los ojos que supieron ver el corazón del hombre y transformar su esencia...

Contenido

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Prólogo. | 9 |
| Introducción. | 11 |
| Capítulo 1. Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal | 13 |
| Rehabilitación neuropsicológica. | 16 |
| Mecanismos de rehabilitación cognitiva. | 17 |
| Modalidades de rehabilitación cognitiva. | 18 |
| Rehabilitación emocional y afectiva. | 19 |
| Mecanismos de afrontamiento emocional y afectivo. | 20 |
| Rehabilitación social. | 22 |
| Modalidades de rehabilitación social | 23 |
| Programas de rehabilitación neuropsicológica. | 25 |
| Políticas de salud y participación social. | 27 |
| Capítulo 2. Software para la Rehabilitación Neuropsicológica | 30 |
| Características. | 32 |
| Ventajas. | 33 |
| Variables. | 34 |
| Estructura. | 36 |
| Programas sistematizados. | 39 |
| Programa de Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal Sistematizado – UMB. | 41 |
| Rehabilitación tradicional vrs. sistematizada. | 46 |

| | |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| Capítulo 3. Programas de Asistencia Familiar | 49 |
| La familia como sistema. | 50 |
| Modelo sistémico de la enfermedad | 52 |
| Sobrecarga y extrañamiento. | 56 |
| Grupos de apoyo y de auto-ayuda. | 58 |
| Programas asistenciales dirigidos al sistema familiar. | 60 |
| Programa de Asistencia Familiar–“PAF”. | 64 |
| Capítulo 4. Programa de Rehabilitación Neuropsicológica | |
| Multimodal | 66 |
| Módulo 1: Psicoterapia. | 67 |
| Módulo 2: Reeducción cognitiva. | 73 |
| Módulo 3: Reinserción social. | 84 |
| Referencias bibliográficas. | 92 |
| Bibliografía sugerida. | 98 |

Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal: Aproximación conceptual y práctica.

Prólogo.

Desde un lenguaje científico pero claro y de fácil comprensión no solo para profesionales sino para el público en general, el neuropsicólogo Steve F. Pedraza V., pone por escrito y al alcance de estudiantes, clínicos, investigadores y comunidad académica en general, los resultados de su trabajo investigativo de varios años, como investigador principal del grupo de investigación en Neurociencias con Énfasis en Neuropsicología Ecológica de la Universidad Manuela Beltrán en Bogotá.

El texto del Dr. Pedraza, que tengo el honor de prologar, presenta un modelo novedoso de acercamiento al ser humano que padece una lesión neurológica, proponiendo que la aproximación profesional se realice con una mirada ecológica en los términos de Bronfenbrenner, mirada esta que permitiría darle vida a la tan mencionada intervención integral que tanto se predica pero que tan poco se aplica en nuestros contextos hospitalarios.

El Dr. Pedraza va un poco más allá de la mirada tradicional y plantea que el abordaje del paciente y, de manera particular la rehabilitación, se ha de realizar con un enfoque multimodal, es decir, un enfoque que permita “...a los pacientes y a los familiares, manejar, sobrellevar o reducir los déficits cognitivos, los problemas conductuales y las alteraciones de la personalidad debidos a una lesión neurológica”, contemplando el trabajo en el área emocional.

Otro elemento novedoso que trae este texto, es la presentación del Programa de Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal Sistematizado – UMB, producto del grupo de investigación que lidera el Dr. Pedraza, apoyado en la Pedagogía y la Ingeniería de Sistemas, que se constituye como una propuesta de intervención futurista, pero de aplicación actual, propuesta que será de gran utilidad a los profesionales que se mueven tanto en el ámbito clínico como investigativo.

No puedo menos que manifestar mi complacencia al pensar en la manera como este libro del Dr. Pedraza, enriquecerá el arsenal interventivo y generará inquietudes investigativas que van a permitir que esta área del conocimiento se expanda aún más en el país y en Latinoamérica. De igual manera, es grato anticipar cuanta población se beneficiará de una intervención humanizada y que no se centre en los déficits sino en los recursos de los pacientes y sus familias, en otras palabras de una aproximación al ser humano que sufre con una visión resiliente, que es el mensaje que transmiten los hallazgos y planteamientos del autor.

Bienvenida sea entonces esta obra tan necesaria en nuestro contexto latinoamericano y que se constituya en el primero de muchos aportes de tan dedicado, prometedor y lucido investigador.

Mag. Paulo Daniel Acero Rodríguez
Director de Posgrados de la Universidad Manuela Beltrán
Investigador y Escritor en Muerte y Duelo

Introducción.

Durante las últimas tres décadas se ha incrementado el número de personas que sobreviven a una lesión neurológica, lo cual es consecuencia del mayor conocimiento por parte de los médicos y del personal de los servicios de urgencia, de los efectos del trauma, la creación de métodos de diagnóstico más avanzados y la comprensión de los mecanismos cerebrales involucrados en la recuperación. Adicionalmente, junto con el mayor número de “sobrevivientes”, los expertos en el campo de las neurociencias son ahora más optimistas sobre la capacidad de reorganización cerebral y la recuperación de las funciones perdidas.

La rehabilitación de procesos superiores es un campo relativamente nuevo, hasta la década de los 50 existía la idea entre los clínicos de que la falta de capacidad de la neurona para dividirse suponía la imposibilidad de hacer algo cuando ésta se perdía producto de una lesión neurológica adquirida. La consecuencia directa de este planteamiento era el “escepticismo terapéutico” y se esperaba que la naturaleza hiciera cuanto pudiera para la recuperación espontánea de las funciones dañadas.

Importantes descubrimientos en el área han apoyado la creación de programas de rehabilitación neuropsicológica para personas con lesiones neurológicas. Por ejemplo, se ha encontrado que el cerebro del adulto es capaz de mantener cierto nivel de neuroplasticidad y se ha observado que pacientes con lesión neurológica severa presentan cierta capacidad de aprendizaje. Estudios han demostrado que vivir en ambientes enriquecidos y la implementación de programas de rehabilitación cognitiva producen cambios múltiples en el cerebro. Los avances en el concepto de “Redundancia de Sistemas” han permitido comprender cómo una misma función cognitiva puede ser ejecutada por diversos subsistemas cerebrales. También se ha encontrado que en personas con lesiones neurológicas, experiencias como los años de escolaridad y el tipo de ocupación pueden potenciar el rendimiento cognitivo a través del reclutamiento o la incorporación de diferentes redes neuronales.

Por otro lado, los déficits de los pacientes no acontecen sobre el vacío, sino que tienen lugar en un contexto social y el paciente sufre sus consecuencias psicosociales. Las lesiones neurológicas pueden originar trastornos importantes de funcionamiento que, en ocasiones, se derivan de dificultades orgánicas leves que no se comprenden claramente. Además, es bastante común que las

lesiones neurológicas den como resultado un extraordinario “debilitamiento” cuando los factores relacionados con el medio social y las reacciones familiares exacerban las dificultades del paciente e interfieren con su adaptación.

Todos estos descubrimientos en el área de las neurociencias han permitido el desarrollo de programas de rehabilitación neuropsicológica multimodales para personas con diferentes tipos de lesión neurológica. Éstos se construyen desde una perspectiva reciente en *neuropsicología: la ecológica*, que tiene por objeto tratar desde una mirada paradigmática compleja lo que pasa cognitiva, social y emocionalmente y en los familiares cuando hay una lesión neurológica.

No se puede olvidar que el rol principal del psicólogo clínico dentro del área de la neuropsicología como en cualquier otra, es la promoción del bienestar integral del individuo; por lo que tiene el reto constante de generar nuevos conocimientos y programas asistenciales efectivos. En definitiva, ese es el motor fundamental de este libro, pues se espera contribuir a todos aquellos profesionales del área que tengan como norte ofrecer sus conocimientos, su práctica y experiencia, al logro de una mejor calidad de vida en sus pacientes.

Este libro ofrece una aproximación conceptual y práctica sobre las estrategias de rehabilitación multimodal que se emplean en la actualidad en los centros asistenciales abocados a esta tarea. En el primer capítulo se presentan los mecanismos y modalidades propios de cada estrategia interventiva (rehabilitación cognitiva y rehabilitación psicosocial), en el segundo capítulo se ofrecen lineamientos para la comprensión y el diseño de la sistematización de programas de rehabilitación, en el tercer capítulo se muestran los avances recientes dentro de la terapia familiar neuropsicológica y las modalidades asistenciales utilizadas y, en el cuarto capítulo se muestra la articulación de tareas de rehabilitación complejas (cognitivas, emocionales y sociales), dentro de un programa de rehabilitación multimodal de fácil aplicabilidad.

“Nadie sabe de lo que es capaz, hasta que lo intenta”.

Sirio Publio

Capítulo 1. Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal

El término rehabilitación implica el restablecimiento del funcionamiento de los pacientes al nivel más alto posible tanto físico como psicológico y en su adaptación social. Incluye todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes y permitir a las personas inhabilitadas alcanzar un nivel óptimo de integración social (O. M. S., 1986, c. p. Chirivella, 2002).

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT, 1973, c. p. Cabrera, 1996, pg. 205) define rehabilitación como la “restauración total o parcial de las funciones físicas, mentales, sociales, vocacionales y económicas, de todas aquellas personas que, de una u otra manera, presenten limitaciones en esta área”.

Fernández (1998) señala que muchos programas de rehabilitación neuropsicológica (unimodales y bimodales) fracasan por la dificultad en adecuarlos a las particularidades de cada paciente y su marco de “acción parcelado” (ver tabla 1). Mientras la rehabilitación neuropsicológica multimodal tiene como objetivo principal el permitir a los pacientes y a los familiares, manejar, sobrellevar o reducir los déficits cognitivos, los problemas conductuales y las alteraciones de la personalidad debidos a una lesión neurológica. Así, debe incluir la intervención de las funciones cognitivas alteradas, la modificación de conductas desadaptativas, la readaptación profesional y el apoyo psicosocial.

TABLA 1.
Programas de rehabilitación neuropsicológica
(Tomada de Pedraza, 2002).

| Autor (es) | Dirigido a | Clasificación |
|---------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Rofrano, Saa y Spataro (1996). | TCV | Unimodal |
| Ojeda, Ezquerra, Urriticoechea, Quemada y Muñoz (1998). | TCE y TCV | Unimodal |
| Silva-Díaz, Stagno y Zambrano (1993). | TCV | Bimodal |
| Navea, Mujica y Gisbert (1998). | Hipertensión | Bimodal |
| Briceño (2000). | TCV | Bimodal |
| Tirapu, Martínez, Casi y Albéniz (1998). | Síndromes Frontales | Multimodal |
| Tárraga, Boada, Morera, Doménech y Llorente (2000). | Alzheimer | Multimodal |

La rehabilitación neuropsicológica multimodal contempla el trabajo en el área emocional, pues genera un doble aporte: el primero, es potenciar la rehabilitación física y cognitiva y, el segundo, es el desarrollo de la investigación fundamental de la neuropsicología afectiva, tan poco explorada hasta el momento. Una de las formas para integrar estas contribuciones es a través del diseño de programas asistenciales, que proporcionen esquemas de trabajo para facilitar su aplicación y posterior comparación de resultados. A su vez, que permitan el constante monitoreo de su efectividad, validando las variables que se incluyen y su modo de tratamiento.

Por otro lado, en cuanto a lo social, es importante la red de apoyo del paciente: la familia, que es foco esencial de atención, en términos de apoyo emocional, información e inclusión en el proceso de rehabilitación. La familia se perturba cuando uno de sus miembros se ve afectado, especialmente por una enfermedad discapacitante; por esta razón y por los lazos afectivos que la constituyen como unidad, su participación dentro de la rehabilitación debe ser orientada para, de esta forma, canalizar los esfuerzos e incrementar los beneficios que percibe el paciente y disminuir así el impacto de la enfermedad.

Un programa de rehabilitación neuropsicológica multimodal constituye, entonces, un método de intervención efectivo por ser: (1) específico, elaborado con base a las necesidades reales de cada paciente, (2) sistemático, organizado en módulos subdivididos en actividades secuenciales, (3) integral, basado en el aporte de diferentes campos al área de la neuropsicología clínica.

Tras la presencia de una lesión, surge la necesidad de generar un proceso de rehabilitación multimodal, por ello se deben tener presentes diversos focos que guiarán el proceso, así se tendrá en cuenta la existencia de una reorganización del sistema nervioso a nivel molecular, químico, funcional, cognitivo, psíquico, familiar y de actividades sociales.

Gracias a los avances de la ciencia y los diversos estudios realizados con personas que han sufrido una lesión neurológica, ha nacido un nuevo modelo en el proceso de la rehabilitación que comienza a mostrar su eficacia a nivel experimental.

Rehabilitación neuropsicológica.

Wilson (1998) afirma que “es un proceso a través del cual la persona con lesión cerebral trabaja junto con profesionales del servicio de salud para remediar o aliviar los déficits cognitivos que surgen tras una afección neurológica”. De igual forma, Gazzaniga (2002) considera que “es un proceso mediante el cual se pretende proveer a la persona de una serie de estrategias que contribuyan a mejorar o recuperar los déficits producidos en las capacidades cognitivas”

Estas definiciones recurren a una idea general sobre lo que significa rehabilitación, ya que en ellas se percibe a la misma como un proceso que tiene como finalidad mejorar o recuperar aquellos déficits presentes sólo en las capacidades cognitivas y no contemplan la relación con otros procesos vitales del paciente y su entorno.

Dentro del contexto de rehabilitación deben incluirse variables diversas (cognitivas, afectivo-comportamentales y psicosociales) las cuales son el punto focal de las estrategias que se adelantan actualmente en esta área:

- La *rehabilitación neurocognitiva*, se encuentra dirigida al tratamiento de funciones cognitivas alteradas, teniendo en cuenta el foco neuroconductual, es decir la modificación de conductas desadaptativas originadas por lesiones neurológicas. En definitiva, es un proceso mediante el cual se pretende mejorar los déficits, que se producen en las capacidades cognitivas.

-La *rehabilitación neuropsicosocial*, se orienta a la readaptación profesional y la reinserción social, familiar y laboral del paciente con la lesión o disfunción cerebral. Para Fernández (2001): “es el conjunto de procedimientos y técnicas que tienen por objetivo alcanzar los máximos rendimientos intelectuales, la mejor adaptación familiar, laboral y social en aquellos sujetos que sufrieron una lesión cerebral”.

La rehabilitación neuropsicológica o rehabilitación de funciones cerebrales se debe definir, entonces, como “aquella actividad que intenta enseñar o entrenar actividades dirigidas a mejorar el funcionamiento cognitivo y de la personalidad global, tras una lesión o enfermedad sea daño estructural o funcional” (Arias, 2002).

Mecanismos de rehabilitación cognitiva.

Los mecanismos empleados para la rehabilitación cognitiva son: restauración, compensación, sustitución, activación-estimulación e integración (Arango, 2006; Cicerone, 2002).

La *restauración* llamada también restitución puede entenderse como la estimulación para mejorar las funciones cognitivas mediante la activación directa sobre ellas, se utiliza cuando existe pérdida parcial de un área y se disminuye una o varias de las funciones elementales; así, se puede reconstruir por entrenamiento.

En esta modalidad se aplica el “modelo de deficiencia” basado en que la repetición o práctica puede mejorar las tareas de ejecución.

En cuanto a *compensación*, se utiliza cuando se asume que una función que ha sido alterada no puede restaurarse y lo que se pretende es potenciar el empleo de diferentes mecanismos o habilidades preservadas.



La *sustitución* básicamente consiste en enseñar al paciente diversas estrategias que le ayuden a minimizar los inconvenientes resultantes de las disfunciones cognitivas; por ello, cuando existe la pérdida total de una función se debe buscar un sustituto que disminuya el impacto del deterioro en el funcionamiento diario. A esto se le conoce como “modelo de

ausencia”, que pretende proporcionar alternativas con estrategias de ayudas externas; por ejemplo, para la pérdida de memoria el uso de diarios, reloj-alarmas, anotaciones. También se pueden emplear estrategias internas como técnicas visuales y técnicas verbales para el funcionamiento de la memoria.

Con la *activación-estimulación*, se trabaja la liberación de zonas bloqueadas que han disminuido o suprimido su activación a raíz de la lesión. Cuando existe una disminución en la velocidad de procesamiento de información, fatiga o falta de motivación se pueden utilizar estrategias como la modificación de la conducta, los psicofármacos, la procura de un ambiente rico en estímulos o repetición de respuestas ante un estímulo, para mejorar la ejecución.

La modalidad de *integración* es empleada cuando se genera una deficiente interacción entre las funciones superiores o cuando en su interacción temporal se produce interferencia. Esto se denomina “modelo de interferencia”, tratando de mejorar la actividad mental de manera global, trabajando con un modelo ecológico y holístico.

Modalidades de rehabilitación cognitiva.

Las modalidades de rehabilitación cognitiva se diseñan a partir de los mecanismos y no son más que modelos o métodos de intervención a saber:

- *La estimulación no dirigida o práctica (entrenamiento inespecífico)* es uno de los métodos más utilizados y antiguos. Sus postulados consisten en que el funcionamiento cognitivo puede ser mejorado mediante la estimulación del sistema cognitivo, en forma general. Se cree que la función cognitiva es como un músculo mental y por ello, se debe ejercitar en una tarea la que lo reforzará para ser utilizado en otras áreas. Lo que se emplea en esta intervención son ejercicios de papel y lápiz o soporte informático, lo que requiere el uso de varias habilidades mentales.

- *El entrenamiento de procesos específicos o estimulación dirigida o directa*, en ella es imprescindible desarrollar una evaluación inicial adecuada en la que se obtenga una descripción minuciosa de las habilidades o funciones perdidas, de tal manera que se puedan diseñar los programas de tratamientos con actividades que exijan al cerebro el uso de estos procesos interrumpidos. Este tipo de intervención tiene como foco procesos cognitivos específicos (Sohlberg y Mateer, 2001).

- *El entrenamiento en estrategias*, se basa en enseñar estrategias cognitivas que sean aplicables en una amplia variedad de contextos. Estas pueden ser de ayudas internas o externas. Entre las internas se pueden destacar aquellas estrategias para resolver problemas, como también técnicas visuales y verbales para el mejoramiento de la memoria. En las externas se destacan el empleo de objetos externos al sujeto como reloj-alarmas, agendas, calendarios que facilitan el recuerdo, calculadoras para los problemas de cálculo entre otras (Arango, 2006).

- *La nutrición y el tratamiento farmacológico*, consisten en la utilización de sustancias o medicamentos que mejoren la cognición, al corregir algún desequilibrio químico que produce el déficit.

-*Los métodos quirúrgicos*, consisten en la sustitución física del tejido cerebral dañado. Esta intervención se aplica actualmente en el tratamiento de pacientes con enfermedades degenerativas, como la enfermedad de Parkinson o la Corea de Huntington (Goldstein & Mcneil, 2004).

-*La mejora de la salud física y emocional y del funcionamiento social*, tiene como objetivo contribuir de manera positiva sobre el estilo de vida del sujeto; de esta manera se plantea que el hecho de enseñar a reducir el estrés o instaurar hábitos de sueño o alimentarios adecuados puede beneficiar el funcionamiento cognitivo.

Rehabilitación emocional y afectiva.

Al presentarse una dificultad de tipo cognitivo en el sujeto se generan una serie de reestructuraciones tanto a nivel externo como interno, esto significa que tanto el ambiente como el sentir del sujeto se ven afectados debido a la situación que se está presentando. Por ello, es importante realizar una intervención que permita estabilizar al sujeto a nivel emocional ya que esto es fundamental para su proceso de adaptación a la nueva realidad que está enfrentando (González, 2006); además le permitirá asumir de una manera más positiva su vida y su entorno.

Según Fernández (2001), es fundamental incluir en este proceso a los familiares del paciente ya que ellos serán la red de apoyo que contribuirá a su adaptación, además, actuarán junto con el terapeuta, asegurándose que el paciente realice las tareas de entrenamiento recomendadas para su recuperación.

Algunos de los cambios emocionales que se suelen presentar son: llantos repentinos, risas exageradas frente a un estímulo, agresividad, irritabilidad y menor tolerancia a la frustración, lo cual se presenta por las dificultades en afrontar la situación (López y otros, 2002). Sin embargo, no se debe dejar de lado el hecho que algunas personas, como en casos de traumatismo craneal, suelen presentar falta del control de las emociones como resultado directo de la lesión neurológica (ver tabla 2).

TABLA 2.
Cambios emocionales asociados a lesiones neurológicas.

| Lesión neurológica | Cambios emocionales |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Demencias | En las fases iniciales en los pacientes se evidencian síntomas como irritabilidad, paraprosexia, agitación, tristeza, inseguridad e insomnio. Después, pierden la habilidad del “darse cuenta” y manifiestan delirios y alucinaciones. Muchos pacientes asumen posiciones infantiles, evasivas y distantes. Pacientes con demencia tipo frontal muestran trastornos de la personalidad y trastornos sexuales. |
| Enfermedades Cerebro Vasculares | La mayoría de los pacientes muestran apatía, rabia, frustración, hostilidad, resentimiento, abulia, labilidad afectiva y problemas en las relaciones interpersonales. En algunos casos, se presentan síndromes de ansiedad (en especial, agorafobia) y depresión enmascarada. Además, tienden a preocuparse demasiado, sobrevaloran su padecimiento y generan relaciones dependientes. |
| Traumatismos Cráneo Encefálicos | Los síntomas observados son una mezcla de la lesión neurológica y de reacciones psicológicas. Las secuelas más resaltantes son el aislamiento social, la “desesperanza aprendida” y la disminución de la motivación y la autoestima. Estos pacientes tienden a mostrar un empobrecimiento del estilo de personalidad mayor al evidenciado en otros cuadros clínicos. |
| Epilepsias | Los síntomas varían según la etiología; sin embargo, comparten miedos, hipertimia, impulsividad, preocupaciones obsesivas, sensación de muerte y cambios conductuales. Los trastornos en el estado del ánimo tienden a ser los más frecuentes en los pacientes con cuadros crónicos. Incluso, pueden aparecer síntomas psicóticos. |

La rehabilitación emocional y afectiva es un proceso bastante complejo, puesto que implica una serie de cambios tanto en el sujeto que se somete a la misma, como en su contexto. Es necesario proporcionar asesoría para facilitar el afrontamiento de las crisis que se pueden presentar durante el inicio, el transcurso y el desenlace de la lesión neurológica. Esto justifica en la mayor parte de los casos una intervención terapéutica grupal y/o individual.

Mecanismos de afrontamiento emocional y afectivo.

El efecto psicológico que una enfermedad o lesión neurológica puede pro-

ducir en un paciente estará en función no sólo de las características de la misma sino de la personalidad previa del sujeto (López y otros, 2002). Es necesario definir el tipo de mecanismo adoptado para perfilar con mayor exactitud los pasos a seguir dentro del programa de rehabilitación.

De un modo esquemático puede hablarse de los siguientes mecanismos de afrontamiento:

TABLA 3.
Mecanismos de afrontamiento
(Adaptado de: Bellak, 1977).

| Mecanismos | Descripción |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| "Normal" | Implica la presencia de ciertos síntomas de ansiedad y depresión que tienden a disminuir durante las primeras semanas para dar paso a un estado de ajuste. |
| Evitación | Manifiestamente, el paciente no parece perturbado, niega la enfermedad con sobre actividad y falsa alegría; al poco tiempo, se evidencia una depresión con angustia y daño autoinfligido a causa de haber descatado las instrucciones del médico. |
| Depresión reactiva | Evidente depresión prolongada y preocupación por los déficits en un paciente que se hallaba relativamente bien adaptado. |
| Perturbación | Se trata de un paciente más bien perturbado, cuya angustia preexistente se canaliza hacia el nuevo motivo de preocupación; esto, a veces, puede hacer que deje de lado ciertas manifestaciones más difusas de su perturbación, con lo que puede parecer más tratable que antes. |
| Invalidez psicológica | Se presenta cuando un paciente, que se halla en condiciones de actuar en forma satisfactoria en varias áreas, experimenta temores o presenta síntomas o actitudes que hacen de él un inválido. |

Los mecanismos de afrontamiento empleados por el paciente generan una respuesta particular de la familia que se evidencia en la organización que adoptan frente a la enfermedad. Estas formas de organización pueden ser:

- La *familia silenciosa*: Grupo familiar caracterizado por el establecimiento de límites rígidos y poca permeabilidad frente a las posibilidades de cambio que posee como sistema frente a la lesión neurológica de uno de sus miembros. La narrativa dominante muestra relatos cargados de sentimientos ambivalentes hacia el rol del cuidador: *“Mientras tú no estés yo estoy bien”*.

- La *familia negada*: Sistema familiar en el que no se reconocen las dificultades en el plano latente y se emplean pautas sobre exigentes para alentar la resolución del conflicto. El cuidador se advierte como una especie de terapeuta educador amparado en el modelo restrictivo. Los mecanismos empleados son la racionalización y la intelectualización. La narrativa dominante: *“Tú puedes por mí”*.

- La *familia anclada*: Sistema familiar en el cual prevalecen las historias de vida anteriores a la aparición de la lesión neurológica. Se emplean como mecanismos defensivos la evasión, la negación, y otros. Los significados construidos frente al evento estresor tienden a generar dificultades en el proceso de ajuste. Prevalecen relatos como: *“El antes es la sombra del presente”*.

- La *familia parasita*: Sistema familiar en el que prevalece una relación simbiótica entre los miembros del grupo, evidenciándose una serie de conductas parásitas entre el cuidador y el paciente. Aquí prevalece como mecanismo defensivo la formación reactiva y el desplazamiento. Desde los significados del sistema familiar: *“Tú me necesitas a mí tanto como yo a ti”*.

Rehabilitación social.

La rehabilitación social da prioridad a las acciones para establecer mecanismos de interacción con el entorno, facilitando la integración o reintegración de la persona al medio social, preparándola para desempeñar un papel

activo en la sociedad, cumpliendo las obligaciones que le corresponden en concordancia con su edad y su condición.



La reintegración social tiene como objetivo proveer al hombre de bienes o servicios que le ayuden a satisfacer sus necesidades, así como permitir que el sujeto con limitacio-

nes alcance un nivel de funcionamiento óptimo, con el fin de que modifique su vida y se integre al medio en igualdad de condiciones de participación personal, laboral y social. De esta manera, la rehabilitación puede ser vista como un medio más que un fin, debido a que se pretende crear las condiciones para que el sujeto sea autónomo y sus oportunidades sean equiparables al medio en el que se encuentra.

El trabajo del equipo rehabilitador durante el proceso de rehabilitación, entonces, no es exclusivamente la creación y la aplicación de programas, sino el sentir del sujeto, su relación con el medio, la recuperación social-laboral; donde él sea el gestor de su proceso y pueda desarrollar y potenciar las habilidades y capacidades que su entorno le exige para poder integrarse a él.

Los equipos de rehabilitación, por lo general, se conforman por trabajadores sociales, psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionales, instructores, entre otros; pero, se debe tener en cuenta que estos deben constituirse de acuerdo con las necesidades del individuo al que se dirige el proceso de rehabilitación y los medios que estén al alcance del paciente.

Algunos aspectos generales a tener en cuenta frente a la conformación de los equipos de trabajo, según Acero (1991) son:

-El demandante del servicio y su familia, incluyendo la realidad personal, circunstancias familiares, comunitarias, sociales y culturales que lo rodean pues son la pauta para facilitar o frenar un proceso.

-Los profesionales de la salud, la educación, la psicología, la economía y demás son necesarios en la medida que se tome como punto de referencia las características de la población usuaria y el conocimiento requerido para ello.

Modalidades de rehabilitación social

De acuerdo con el nivel de funcionamiento del paciente se sigue una línea específica de intervención interdisciplinaria:

TABLA 4.
 Modalidades de intervención psicosocial
 (Tomado de Pedraza, 2001)

| Nivel de funcionamiento | Intervención pertinente | Actividades a desarrollar |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leve (dificultad) | Asesoramiento psicológico | Aplicación de procedimientos psicológicos, educativos e interpretativos, dirigidos a alcanzar una mayor comprensión de los recursos y potencialidades como a superar los déficits en el paciente. |
| Leve (dificultad) | Orientación vocacional | Información ocupacional, educativa o de cualquier otra clase para que el paciente pueda formular e implementar planes educacionales y vocacionales realistas. |
| Moderado (limitación) | Reentrenamiento cognitivo-conductual | Desarrollo de habilidades sociales, habilidades de la vida diaria, etc. |
| Moderado (limitación) | Psicopedagogía | Adiestramiento de pacientes con dificultades de aprendizaje. |
| Grave (daño) | Educación especial | Integración al entorno social de pacientes con características especiales. |
| Grave (daño) | Terapia ocupacional | Utilización de actividades especializadas para entrenar o tratar incapacidades psicosociales permanentes. |

Programas de rehabilitación neuropsicológica.

Los programas de rehabilitación deben ser un modelo interdisciplinario que integra aportes de la psicología, la neurobiología, la pedagogía, la sociología entre otras áreas tocadas en su conocimiento para intervenir, según el caso (Cyrulnik, 2002; González, 2006).

La interacción familia-profesional es el factor principal que va a determinar el éxito. El mejor modelo es el modelo centrado en la familia, en el que la toma de decisiones se hace de manera conjunta y las relaciones están basadas en la confianza mutua.

De tal forma, se produce un cambio de paradigma que se centra no sólo en el paciente sino también, y de manera muy importante, en la familia y su entorno. Una mirada sensible frente a los cambios, una mirada más compleja que permita aprender antes que clasificar ó etiquetar.

Es así como se realiza una intervención basada en objetivos que se visualizan a través de la interacción del individuo y su sistema familiar comprendiendo el potencial que estos sistemas le otorgan al individuo en su proceso de rehabilitación, ya sea mediante restauración, compensación o sustitución de la función dañada; siempre atendiendo a los modelos cognitivos específicos de cada área.

Así, se debe contemplar el estado integral del individuo, a partir de siete aspectos, a saber:

1. *Biológico*: Lo referente al organismo, el estado de salud o enfermedad.
2. *Afectivo*: Las emociones, se definen como el significado subjetivo y sentido de las experiencias.
3. *Sensaciones*: Las percepciones de cambios en el funcionamiento corporal (hambre, dolor, etc.).
4. *Imágenes*: Representaciones de los datos de los sentidos (visuales, auditivas, olfativas, gustativas, táctiles) relacionadas con el hemisferio derecho.
5. *Cognitivo*: Ideas, creencias, valores, diálogos internos, predominantes en el hemisferio izquierdo.

6. *Conductas*: Verbales y no verbales. Lo que se hace y dice y la forma (proceso) con la cual se realiza.

7. *Social (o interpersonal)*: Las relaciones o interacciones actuales o pasadas (Villamizar, 2005).

En este sentido, en los centros asistenciales donde se realiza rehabilitación neuropsicológica multimodal se siguen los siguientes parámetros:

1- La evaluación y rehabilitación de las funciones cognitivas: atención, orientación, memoria, función ejecutiva, lenguaje, trastornos visoperceptivos, solución de problemas y toma de decisiones (Goldstein & Mcneil, 2004).

- Tras la evaluación se realiza un plan personalizado tanto en el trabajo individual como grupal de las áreas descritas (memoria, atención, función ejecutiva, entre otras)

- Se llevan a cabo programas individualizados de entrenamiento en uso de ayudas externas (agendas, relojes, grabadoras, entre otros).

- Generación de rutinas (aprendizajes sin errores, asociaciones, ayudas externas, etc).

- Modificación del entorno (en el centro como en la casa) para la mejora de la autonomía de la persona (carteles de orientación, disminución de estímulos distractores, entre otros).

- Intervención en el domicilio y en los distintos ambientes de la persona como medida de generalización de aprendizajes con diferentes personas y diferentes contextos, informando y formando a la familia en las medidas de compensación de estas alteraciones.

- Adaptación e integración de nuevas tecnologías como compensación para las alteraciones que persisten. Utilización de medios informáticos como modalidad de rehabilitación y potenciación de habilidades ocupacionales y laborales.

2- La intervención en las alteraciones conductuales y emocionales provocadas por la lesión neurológica, se lleva a cabo los siguientes programas:

- Utilización de técnicas de modificación de conducta, extinción de conductas inadecuadas y generación de conductas apropiadas
- Programas de autocontrol dirigidos a conductas concretas.
- Programas individualizados de concienciación de los déficits, entrenamiento en pruebas de realidad (fotos, videos como apoyos externos para dicha concienciación). Posteriormente, estas pruebas de realidad estarán enfocadas en paliar las implicaciones que tienen estos déficits en el futuro, de forma que se pueda perfilar junto con la persona, la búsqueda de nuevos recursos.
- Programas de habilidades sociales y habilidades de comunicación para tomar conciencia de los cambios ocasionados por la lesión respecto a la personalidad premórbida de la persona.

3- La orientación y la terapia familiar como requisito indispensable tanto para facilitar el proceso rehabilitador de la persona afectada como para el bienestar y la adaptación a la nueva situación del entorno familiar.

4- Rehabilitación laboral y orientación ocupacional, orientada y dirigida a la adecuación de un puesto de trabajo ajustado a las funciones cognitivas preservadas, potenciando las habilidades psicosociales necesarias para ello. La búsqueda de estos puestos y la adaptación de los mismos se llevan a cabo por el equipo multidisciplinar (terapeuta ocupacional, trabajador social y neuropsicólogo, entre otros).

Políticas de salud y participación social.

Dentro de este panorama es importante señalar la participación que tiene la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D. C., para el óptimo desarrollo de los procesos de rehabilitación en diversas comunidades de la ciudad.

Cuando se tiene una lesión neurológica la problemática puede verse ampliada por problemas económicos, por pobreza, por situaciones de abuso y por desconocimiento y vulnerabilidad del sujeto y del entorno familiar. El propósito de la actual administración distrital ha sido, entonces, adelantar actividades que guíen programas de promoción y orientación para disminuir la discapacidad de la población y sobretodo la disminución de su impacto social.

Desde esta premisa, se han desarrollado programas integrados denominados: Rehabilitación Funcional, Rehabilitación Comunitaria y Bancos De Ayudas Técnicas.

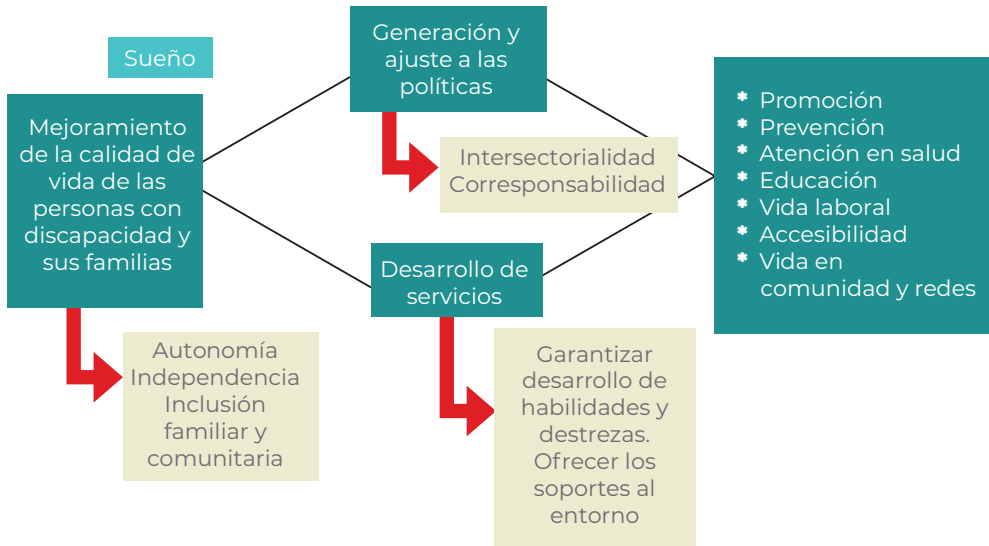


FIGURA 1.

Programa de prevención y manejo de la discapacidad.
(Tomado de Secretaría Distrital de Salud Bogotá D.C. 2001)

El *programa de rehabilitación funcional* tiene como eje central un conjunto organizado de actividades bajo la perspectiva de mantener, promover y mejorar desde la intervención las funciones físicas psicológicas y sociales, modificando las consecuencias que con relación a la edad y a las enfermedades se desencadenan como parte de su discapacidad.

El *programa de rehabilitación comunitaria* se basa en una propuesta que busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, fortaleciendo el acceso a los servicios, promoviendo la equidad de oportunidades y protegiendo los derechos humanos. Este programa enfatiza en las familias y la comunidad.

El *programa de bancos de ayudas técnicas* se concibe para facilitar la movilización de recursos hacia los centros asistenciales, y el acceso a los avances que en el área de la rehabilitación se desarrollen.

Ante todo, se ha buscado un cambio de enfoque para garantizar los principios de equidad, eficiencia, calidad y cobertura para el ejercicio de los derechos que tienen los ciudadanos, no como una respuesta temporal a los compromisos gubernamentales, sino como una formación armonizada de políticas a largo plazo. El Estado tiene una responsabilidad en la reglamentación e implementación de las políticas públicas. Por su parte, la sociedad civil tiene un papel importante en la exigencia del cumplimiento de las actividades y de la vigilancia de su calidad.

Capítulo 2. Software para la Rehabilitación Neuropsicológica

La sistematización es básicamente, la creación de un programa de computadora mediante un conjunto concreto de instrucciones que la máquina pueda ejecutar; el programa es escrito en un lenguaje de programación, aunque puede ser escrito directamente en el lenguaje de la máquina.

Para una sistematización se deben tener en cuenta los algoritmos, que son un conjunto finito de instrucciones o pasos que sirven para ejecutar una tarea o resolver determinado problema. Este término no se encuentra exclusivamente relacionado con las matemáticas, ciencias de la computación o la informática, pues en la vida diaria se encuentran ejemplos de múltiples algoritmos para resolver diferentes problemas, por ejemplo, en el uso de la lavadora cual se siguen unas instrucciones, así como en la preparación de una comida.

En consecuencia, un algoritmo es un sistema mediante el cual se llega a una solución; este debe ser definido, finito y preciso, entiéndase por preciso el orden que debe seguir cada paso, finito el número de pasos que debe llevar consigo y definido la consecución que debe tener hacia un mismo resultado.

Hay tres aspectos que se consideran claves en el proceso de sistematización:

-Corrección: consiste en determinar si un programa es correcto, sabiendo si hace lo que debe realizar; para la determinación de si lo que realiza el computador es lo que debe, es importante especificar claramente lo que debe desarrollar éste antes de construirlo y, luego de ser culminado debe ser comparado con lo que realmente hace.

-Claridad: el programa debe ser sencillo y legible con el fin de mejorar el mantenimiento del software; al terminar de escribir el código, deben ser identificados sus errores y posteriormente corregidos; por ello, es importante que al culminar éste sea ampliado y modificando de acuerdo a la necesidad del usuario.

-Eficiencia: es importante que consuma la menor cantidad de recursos posibles, concretamente se debe consumir poco tiempo y memoria. En esta medida, la eficiencia y la claridad de un programa pueden ser objetivos contrapuestos, ya que se puede conseguir la mayor claridad sacrificando parte de la eficiencia o viceversa.

La aplicación de la informática al campo de la salud se ha convertido en

una de las mayores áreas de compromiso en los últimos años, donde el objeto especial de trabajo es la rehabilitación de usuarios con alteraciones a raíz de lesiones neurológicas. Rehabilitación que ha sido ampliamente aceptada debido a su utilidad y eficacia (Vaquero, 1998).

Los avances en la ingeniería de sistemas han permitido pensar en la posibilidad de disponer de equipos con gran capacidad para así adaptar un programa de rehabilitación neuropsicológica al computador. El paciente podrá entonces interactuar con éste y ejercitar de forma programada diferentes funciones cognitivas.

Además, se logra que el terapeuta ahorre una gran cantidad de tiempo, que no precise tener una formación altamente cualificada en rehabilitación neuropsicológica y que, en consecuencia, sea más fácil que se diseñe un programa de rehabilitación específico, sistemático e integral frente a la habitual rehabilitación informal que se desarrolla en algunos centros asistenciales.

Características.

Las actividades incluidas en los programas de rehabilitación por software son pruebas diseñadas por expertos, donde se definen un conjunto de acciones y funciones interactivas que se presentan a un determinado usuario. Cada prueba tiene elementos y acciones que pueden variar en función del usuario; la variación es establecida por el proceso de la información de control que cada actividad lleva asociada en la base de conocimientos multimedia. Así, mientras más información de control acerca de una prueba se encuentre en esta base de conocimientos, más flexible será la misma (Segovia, 1994).

Franco y Monforte (1996) mencionan que un proceso rehabilitador sistematizado cuenta con un módulo inicial de identificación del usuario y, posteriormente, viene el módulo de rehabilitación en donde se sucederán las pruebas; éstas son preestablecidas por el profesional a cargo, quien infiere la condición del paciente y decide los ejercicios más adecuados.

De la misma forma, Franco y Orihuela (1998) plantean que cada prueba va precedida de una explicación auditiva y visual, que el usuario puede retener para facilitar la asimilación de lo explicado. Una vez se ha iniciado la prueba, y durante la misma, se pueden realizar pausas. La prueba acompaña y asigna refuerzos positivos y negativos según corresponda y, de la misma forma estimula al usuario a continuar para mantener los niveles de atención suficientes.

Además, el terapeuta decide la duración de cada sesión y el número de aplicaciones semanales, por lo que el programa estará creado para que al terminar una sesión se reanude continuamente el proceso de rehabilitación.

Por otro lado, los programas de rehabilitación por software cuentan con características que permiten que el terapeuta pueda acceder a la manipulación de los programas sin tener conocimientos profundos de informática, que el usuario interactúe con el sistema a pesar de no tener costumbre de trabajar con un computador, y que las particularidades con las que se construyen (sonidos e imágenes) sirvan como elemento reforzador y dinamizador para mantener el tratamiento, haciéndose grata la utilización del programa por parte del paciente.

Según Howard (1992) los programas de rehabilitación sistematizados se deben especializar y con frecuencia se deben enfocar en el proceso de reaprender cosas que ya se sabían y que con un trauma se alteran. Dentro del proceso es necesario entonces tener en cuenta la descripción de la naturaleza de los déficits del paciente, describir detalladamente el tratamiento y referir el mecanismo de acción que se espera para que el tratamiento cambie el déficit.

La rehabilitación por computador es una herramienta fundamental para el uso de programas innovadores que llevan a que el paciente afectado adquiera de forma fácil y rápida la adaptación a entornos culturales específicos, permiten disponibilidad de un mayor número de pruebas admitiendo más opciones o posibilidades de evaluación y de rehabilitación (Howard, 1992).

Ventajas.

Pascual (1998) plantea que el uso de imágenes, animación y sonido combinado en un programa de rehabilitación por computador presenta las siguientes ventajas:

- Ofrece un material más atractivo que el clásico. De esta forma se aumenta la asimilación de los mensajes y en cierta medida se evita el natural rechazo que algunos sectores de la población (los ancianos) presentan ante este medio tecnológico.
- Aumenta el número de canales (sonido, vista) por el que el usuario recibe la información.

- Los programas multimedia, además de estar acompañados de una gran cantidad de información, posibilitan la modificación de dicha información para adaptarla a nuevas situaciones permitiendo el cambio de imágenes, sonidos idioma y demás, ya que el sistema multimedia almacena información referente a bases de datos utilizados en los distintos módulos del sistema.

Otra de las ventajas de los programas de rehabilitación por computador es la posibilidad de controlar múltiples variables relacionadas con cualquiera de las pruebas aplicadas en la rehabilitación desde palabras, figuras, contrastes, dificultad de la tarea a realizar, familiaridad de la misma y tiempo posible de respuesta (Segovia, 1994).

Variables.

Para Serón y Lories (1996) la realización de un programa de rehabilitación para un sujeto con alteración en sus capacidades cognitivas debe tener en cuenta una serie de variables que se convierten en dificultades que vienen a alterar los resultados del mismo.

Uno de los aspectos relevantes es la *variabilidad*, ya que es frecuente que el usuario mejore los rendimientos en el mismo con su repetición: la persona se relaja y adquiere más práctica. Sin embargo, la mejoría no debería ser atribuida a un progreso del rendimiento cognitivo sino a un entrenamiento específico en la resolución de un problema. En consecuencia, se hace necesaria la variabilidad de pruebas para poder discriminar entre lo que se debe a la mejoría del rendimiento cognitivo y lo que es consecuencia del entrenamiento específico.

Por otra parte, un aspecto a considerar es la monotonía de las pruebas de rehabilitación, pues ésta puede conducir al usuario al aburrimiento y abandono del proceso de rehabilitación por computador.

La *dificultad*, es otra variable a considerar, ya que, si las pruebas son demasiado difíciles, es probable que el afectado no quiera repetir las más adelante y, además, resultaría difícil considerar posteriormente la posible progresión del deterioro. De esta forma, la prueba debe estar diseñada para que el paciente no se dé cuenta del deterioro de sus facultades, lo cual resulta incómodo para él y para el profesional. Por otro lado, si las pruebas resultan demasiado fáciles puede llevar al paciente al aburrimiento y a que no se puedan detectar mejorías posteriores ya que desde un primer momento el paciente ha alcanzado los mejores resultados.

De igual forma, la rehabilitación neuropsicológica por software mantiene como variable importante *el color* de los estímulos, partiendo de que las percepciones, sensaciones y formas impactan y determinan en gran medida lo que se evidencia como respuesta. Esta variable es útil a la hora de implementar el programa de rehabilitación, ya que permite que éste tenga una mejor acogida y simultáneamente un mayor impacto en la población.



En consecuencia, el color, además de intervenir por si mismo, lo hace de acuerdo a la manera y el lugar en que se emplea. Los colores dan sensaciones y evocan experiencias, éstos mantienen un significado y unas características; en esta medida, por ejemplo, el rojo se identifica por su vitalidad, forma parte esencial en imágenes atrevidas y puede usarse en imágenes más sutiles. El anaranjado posee una

acción liberadora sobre las funciones mentales y corporales; remedia las depresiones, combina la energía física con la sabiduría mental, es tibio alentador, cálido, vibrante, y vivo (Diplomado psicología y salud desde el modelo ecológico, 2006).

Por su parte, el amarillo es brillante y alegre, más tibio y menos denso que el rojo, es el color de la energía solar y la energía radiante, por ser el más visible se ha adoptado como señal del peligro. El verde simboliza el crecimiento, expresa fertilidad y renovación anual de la vida de las plantas, se clasifica en natural y artificial. El azul es un color calmante, tranquilo, sereno y frío, evoca verdad, lealtad, confianza, frescura, limpieza, frialdad y pureza. El violeta se asocia al misticismo y a la fantasía, es el color de la distancia y los espacios. Marrón, color de la tierra, del polvo y del lodo, es considerado un color neutro, pero de sensibilidad cálida.

El negro es enigmático, visto como expresión de negación, aniquilación, vacío o misterio; el gris refleja falta de compromiso y el blanco ofrece grandes poderes para la percepción humana evoca poder, fuerza y perfección, se asocia con limpieza, pureza y la inocencia. Los colores pasteles son delicados, románticos, sutiles sugieren calidad y sofisticación. Los colores vivos, sugieren animación, felicidad, dinamismo y espontaneidad y los colores apagados, evo-

can un sentido del pasado resaltan seriedad y respetabilidad vivo (Diplomado psicología y salud desde el modelo ecológico, 2006).

Estructura.

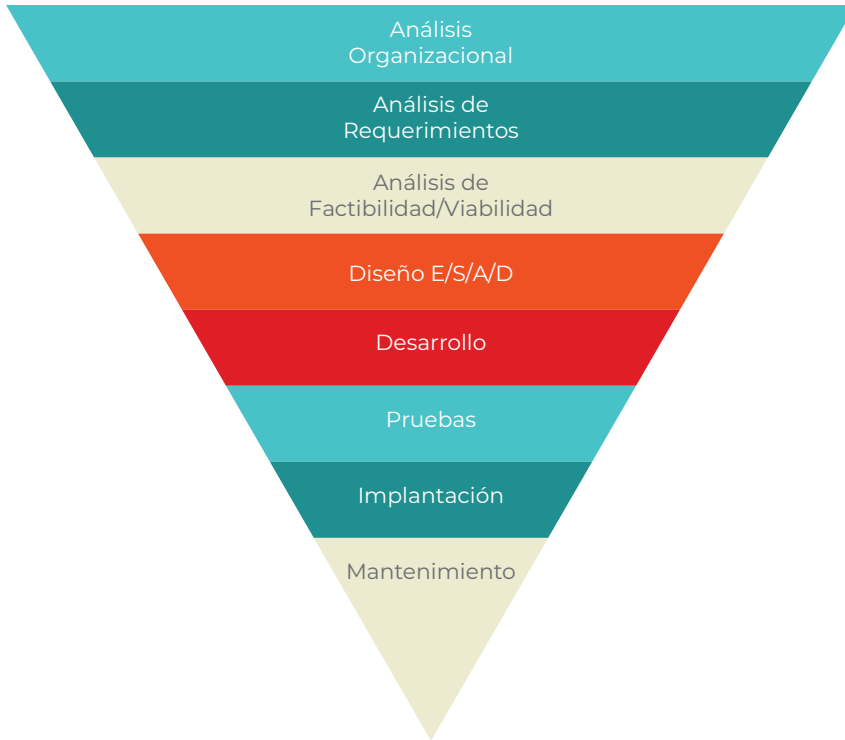
Según Martínez (2004) un programa de rehabilitación por software cuenta con un diseño, el cual, desde una metodología estructurada, busca descomponer la actividad global del proyecto en fases que se suceden de manera lineal, es decir, cada una se realiza una sola vez, cada una se realiza tras la anterior y antes que la siguiente.

Por consiguiente, el diseño de un programa por software mantiene una estructura donde el paso inicial es plantear el problema específico. Posteriormente, se planea el análisis del sistema determinando problemas y necesidades; dicho análisis determina los elementos que intervienen en el sistema a desarrollar, así como la estructura, las relaciones y la evolución en el tiempo. Luego, se detallan sus funcionalidades lo que da una descripción clara de que sistema se va a crear, que funciones va a aportar y que comportamiento va a tener, para ello son necesarios dos requerimientos:

1. Análisis organizacional: en el que se usan medios de recolección de la información, como: encuestas, entrevistas y observación objetiva.
2. Diagnóstico: de problemas a solucionar, de necesidades a satisfacer y de la pertinencia del producto.

Una vez definidos los requisitos completos, viene el análisis de la factibilidad-viabilidad, lo que determina si el diseño es técnicamente posible y económicamente viable, para además aquí detectar cuál opción es viable y factible. Tras la etapa anterior, ya se tiene claro que debe hacer el sistema, ahora lo que se debe determinar es como va a hacerse, para esto se establece el diseño fundado mediante las características de la aplicación, para definir en detalle entidades y relaciones de las bases de datos, lo cual es hecho de forma cuantificable. En este punto es importante para el diseño de un programa por computador establecer que información entra, que hace, cuales son los procesos, y que sale, que para el caso en últimas es lo que recibe el usuario.

FIGURA 2.
Ciclo de vida integrado de un programa sistematizado.
Planeación



El desarrollo viene dado tras la programación, donde se codifican algoritmos y estructuras de datos definidos en las etapas anteriores en el correspondiente lenguaje de programación y/o para un determinado gestor de datos. Luego, se realizan una serie de pruebas con el objetivo de garantizar que el sistema haya sido desarrollado correctamente sin errores de diseño y/o programación, se fijan ajustes y se hace una validación, con el fin de verificar que el sistema desarrollado cumple con los requisitos expresados inicialmente y que han dado lugar al proyecto. Finalmente, la aplicación resultante se encuentra en fase de producción (en funcionamiento para el cliente cumpliendo ya los objetivos). A partir de este momento se entra en una etapa de mantenimiento que supondrá operaciones tanto de corrección como mejora de la aplicación (Martínez, 2004).

A continuación se señalan los lenguajes de programación que según entrevistas realizadas a expertos pueden hacer viable la sistematización de un programa de rehabilitación neuropsicológica:

TABLA 5.
Lenguajes de programación
Tomado de: Bolívar y Lozano (2008).

| Preguntas | Institución Académica | Respuesta |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuál sería la forma para sistematizar un programa de rehabilitación neuropsicológica? | Universidad del Bosque | “Un aplicativo que se instale en el computador y desde allí los usuarios tenga el acceso a la herramienta a través de un software interactivo”. |
| | Universidad Distrital “Francisco José de Caldas” | “A través de una herramienta software, un aplicativo donde los usuarios tengan el acceso a la herramienta que se instale en el computador”. |
| | Universidad San Buenaventura | “A través de un software interactivo, en un lenguaje muy popular, fácil de instalar y de aplicar”. |
| ¿Cuál es el programa que más se adapta para la sistematización? | Universidad del Bosque | “El <u>flash adobe</u> . Es el programa más apto, ya que según los criterios que se desean manejar de audio, video y fotografías se presta para que los usuarios los manejen de forma sencilla”. |
| | Universidad Distrital “Francisco José de Caldas” | “Los programas más óptimos para trabajar este programa serian <u>el delphi, el visual basic y el flash</u> ”. |
| | Universidad San Buenaventura | “Teniendo en cuenta la facilidad de instalar y aplicar para los usuarios, el programa <u>flash</u> sería el más perfecto, ya que es una aplicación en forma de estudio de animación que trabaja sobre “Fotogramas” destinado a la producción y entrega de contenido interactivo para diferentes audiencias alrededor del mundo sin importar la plataforma”. |

En definitiva, un programa de rehabilitación sistematizado es una interfaz la cual actúa como puente de comunicación entre el individuo y el computador. Este último, contiene un sistema informático, en el que está incluido el software y el hardware, siendo el primero la suma total de todos los programas de computador, procedimientos, reglas, documenta-



ción asociada y los datos que pertenecen a un sistema de computo; y el segundo representa al computador como tal. Así, los sistemas de información empleados para la rehabilitación tienen en común *las personas* que son su componente esencial, ya que en cualquier sistema de información producen y utilizan la información de sus actividades diarias para decir lo que se debe hacer; además, tienen en común *los procedimientos* ya que los sistemas deben soportar diversas clases de actividades de los usuarios, para lo cual los procedimientos aseguran que lleguen los datos correctos al usuario en el momento justo (Somerville, 1998).

Programas sistematizados.

Hasta este momento, se han creado una variedad de programas de rehabilitación por software tales como: Grador, AIRE, Eyeblink, Teachuware y Bracy. Todos ellos manejan un sistema de información el cual se enfoca en la rehabilitación de discapacidades cognitivas y sensoriales en pacientes adultos.

El programa Aire (Ayuda Informática para Rehabilitaciones Especiales) creado por el equipo de desarrollo multimedia de CETISA (1998), tiene un bajo costo y permite al paciente interactuar y ejercitar diversas funciones cognitivas. Los objetivos metodológicos de este programa se enfocan a generar un sistema individualizado de evaluación neuropsicológica cognitiva, con el fin de mejorar capacidades intelectuales afectadas por diferentes factores (demencia, traumatismo craneoencefálico, deficiencia mental y esquizofrenia).

El programa AIRE facilita realizar la gestión de una clínica de rehabilitación, ya que incorpora al paciente, examina su historia clínica y crea un diseño sistematizado de tareas divididas en sesiones, las cuales se acompañan de refuerzos positivos y negativos; esto con el fin de evitar al máximo cualquier

nivel de frustración en el paciente frente a sus respuestas, estimulándolo a continuar.

También se incluyen elementos como: sonido, imágenes y animación que posibilitan un proceso rehabilitación eficaz y rápido, donde el paciente mediante motivación continua crea expectativas, las cuales generan en él iniciativa para llegar al objetivo final, mejorar su calidad de vida y facilitar su reincorporación en la sociedad.

Otro programa que se destaca en el campo de la rehabilitación neuropsicológica es GRADIOR, creado en España y administrado por la Fundación INTRAS. Este trabaja con pacientes con enfermedades mentales, quienes presentan necesidades educativas especiales, ya que, en este tipo de patología, se observa un deterioro cognitivo significativo de las funciones superiores, entre ellas, la atención y la memoria.

Por consiguiente, el programa GRADIOR, al igual que el programa AIRES, es un sistema de rehabilitación cognitiva por software que permite la interacción directa del usuario con el computador, que dirigirá la evaluación y rehabilitación neuropsicológica, de acuerdo con los parámetros establecidos previamente por el terapeuta, para posteriormente obtener resultados que podrán ser manipulados mediante programas estadísticos.

Es importante tener en cuenta que este programa se puede aplicar a población que experimente un deterioro cognitivo no asociado a trauma; por ejemplo, en casos de demencias, alcoholismo, retraso mental y esquizofrenia.

Otra característica importante que posee este programa es su variabilidad, ya que dispone de una serie de pruebas variadas que a su vez poseen diferentes niveles de dificultad, punto fundamental pues esto impide que se caiga en la rutina de la rehabilitación. Además, el terapeuta podrá dirigir y manipular el proceso sin que requiera tener conocimientos en el área de multimedia o informática.

El Sistema de Condicionamiento – Eyeblink, se utiliza con gran éxito en estudios de aprendizaje básico, investigaciones psicofarmacológicas y en el examen de las consecuencias del Alzheimer y otras enfermedades. El sujeto llevará montado sobre la cabeza el sistema de células fotoeléctricas y el sistema de estímulos por aire. La célula fotoeléctrica medirá la cantidad de luz reflejada al cerrarse el párpado. Los estímulos serán auditivos o por aire. El software permite analizar y obtener:

- Protocolos de respuesta estandarizados.
- Curva completa de la respuesta.
- Salvar los datos selectivamente en un archivo.

El sistema incluye: Software, tarjeta interfase para PC, módulos de estímulo y respuesta, sistema integrado para cabeza, auriculares de precisión, manual, cables y conectores.

Por último, pero no menos importantes, Teachuware y Bracy son programas de rehabilitación de las capacidades cognitivas aptos para un número importante de usuarios; dinámicos en los que puede incorporarse nuevos avances; sencillos ya que pueden ser empleado por cualquier usuario; económicos y útiles para los objetivos terapéuticos. Y lo más importante permiten una evaluación y rehabilitación neuropsicológica de bajo costo y altamente eficaz.

Programa de Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal Sistematizado – UMB.

El Grupo de Investigación en Neurociencias de la Universidad Manuela Beltrán en Colombia, desde los avances recientes en las áreas tecnológica y asistencial, desarrolló bajo la dirección de Pedraza, S (2008) el Programa de Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal Sistematizado – UMB. Este tiene cuatro módulos asistenciales que reúnen tareas complejas construidas desde el paradigma de la complejidad y el modelo ecológico, con el fin de restablecer las habilidades perdidas, mediante la consolidación de otras. Es un programa flexible que permite la adaptación individualizada a un gran número de usuarios y, contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente, los cuidadores y la familia.

A continuación, se detallan las características del marco referencial, diseño, módulos y áreas de aplicación del PRNMS-UMB.

Marco referencial:

Para generar un programa de rehabilitación neuropsicológica multimodal estructurado, abarcador y contextual se tomó como base epistemológica el paradigma de la complejidad y el modelo ecológico, cuya pretensión es estudiar la relación entre el medio ambiente y el hombre, a partir de una comprensión contextual del desarrollo.

Desde esta perspectiva epistemológica resulta importante dar a conocer la forma como los factores culturales, biológicos y psicológicos pueden influir en la construcción y desarrollo del hombre, así como de sus procesos en la sociedad, resaltando por otra parte que todos los conocimientos universales son de gran apoyo para entender la naturaleza e interacción del mismo frente a los demás sujetos.

En consecuencia, un punto de vista complejo implica retomar todos los conocimientos que nos brindan las diferentes disciplinas para generar bienestar en el hombre y su universo, ya que no existe verdad absoluta, ni conocimiento único que brinde todas las explicaciones posibles a los fenómenos que ocurren en la sociedad.

Por consiguiente, para la efectividad de este proyecto se cuenta con el apoyo de la Pedagogía y la Ingeniería de Sistemas, para facilitar la construcción y la sistematización de las tareas complejas que contribuyen a la rehabilitación del paciente con lesión neurológica.

Diseño:

El diseño de las tareas complejas mantuvo una organización en la que se incluyeron para cada tarea: (1) el objetivo, (2) el foco de rehabilitación, (3) los recursos (reactivos), (4) el tiempo y (5) la evaluación de los resultados. Además, fue necesario elaborar una tabla de análisis de reactivos en la que se identificaron las tareas, el reactivo, y la estructura que rige las formas y los tamaños del mismo; así como, el color y el sonido que facilitan la ejecución y el proceso del programa a la hora de aplicarlo, ya que estas características son considerados variables que movilizan la atención del paciente que está en el proceso de rehabilitación.

Por otro lado, debe recordarse que dentro de cualquier contexto, un grupo poblacional mantiene actitudes y elementos culturales; costumbres sociales, políticas y religiosas que se traducen en acciones y que son precisamente éstas las que le dan significado a las formas de socialización; pero, independiente de su actuar cada una a partir de sus concepciones introyecta y proyecta lo que ha percibido y concebido, siendo un foco destacable en el proceso de vinculación en el que se requiere la participación y respuesta del paciente y de la familia.



Desde este punto de vista en cada una de las tareas se mantuvo presente la inclusión de los sistemas de acción, es decir, el individuo, la familia y los grandes sistemas de participación (la cultura, los valores, las creencias, los modelos de interacción y las representaciones sociales). Así, se diseñaron tareas donde participaba no sólo el paciente sino la familia y la red de apoyo. Además, se generaron reactivos, contextos y situaciones artificiales que buscaban ser representativas de la cultura colombiana.

En este sentido, la estructura de las tareas mantiene una forma de animación con una historia que la contextualiza, y preguntas que deben ser resueltas por el paciente cuando interactúa con el computador. Dentro del manual del PRNMS-UMB existe un formato donde se puede anotar las respuestas que el paciente ha proporcionado en todas y cada una de las tareas, con espacio para un resumen por cada categoría y un resumen general, donde se inscribe lo que se observa en el módulo que ha sido empleado. El formato es una herramienta útil en el proceso, pues actúa como un agente de control de lo que está sucediendo, de la evolución del paciente, de la secuencia que sigue y de las implicaciones que ha tenido la implementación del programa.

Algunas tareas complejas se realizan sin el apoyo del computador mediante tarjetas, juegos o situaciones vivenciales que el paciente debe ejecutar con o sin ayuda. Esto permite que el proceso se centre en lo que hace el paciente en contexto y no en lo que hace con el software.

Cada factor dispositivo del programa mantiene presente un sistema dinámico adaptativo y flexible, con una modalidad interactiva y participativa que está dirigida a potenciar resultados por medio de la aplicación de tareas versátiles adaptadas a la consecución de los objetivos del paciente y su familia.

Módulos.

La aplicación del programa requiere inicialmente que el profesional que vaya a ejecutarlo con un paciente conozca las distintas tareas complejas que

contiene cada módulo, es decir que lea el Manual de Instrucciones con el fin de que siga los pasos que orientan una rehabilitación satisfactoria y que conozca la estructura del programa, cómo está conformado y cómo moverse dentro de él.

En el primer pantallazo del programa, aparecen las variables que comprenden cada módulo, las mismas que lo llevan a encontrar las tareas dispuestas para dichas variables; y luego, puede observar la presentación inicial de las tareas que han sido sistematizadas y organizar su aplicabilidad según el plan de rehabilitación que diseñe para cada paciente.



Modulo 1. Tareas complejas para la rehabilitación de la atención visual.

Tareas complejas que se han diseñado por medio de una matriz, la cual se compone de elementos que caracterizan la capacidad de atención. La primera categoría es alerta: vigilia y sueño y, la segunda categoría es atención selectiva: controlada y automática. Estas categorías se han organizado teniendo en cuenta tres estructuras fundamentales de la rehabilitación multimodal: la cognición, la emoción y lo social.



Modulo 2. Tareas complejas para la rehabilitación de la sensopercepción.

Tareas complejas creadas de acuerdo con una matriz básica en la que se tienen en cuenta dos capacidades cognoscitivas: percepción y organización visual, las que a su vez se caracterizan en tres aspectos específicos: cognitivo, emocional y social.

Modulo 3. Tareas complejas para la rehabilitación de la memoria verbal a corto plazo.

Tareas complejas enfocadas a la rehabilitación, creadas de acuerdo con una matriz básica en la que se tienen en cuenta dos subprocesos generales: la codificación y los ensayos activos. Estos subprocesos se dividen en capacidades como: memoria de trabajo y corto plazo. Y se caracterizan en tres aspectos: cognitivo, emocional y social.

Modulo 4. Tareas complejas para la rehabilitación del juicio social.



Tareas complejas organizadas en dos elementos propios del juicio social. El primer son las acciones representadas por reglas impuestas y valores asumidos, estructurados desde la cognición, emoción y representación social, los cuales determinan las acciones que llevarán a cabo, categorizadas en lo atribuido y lo apropiado.

El segundo es el lenguaje representado por reglas impuestas y valores asumidos, pero con una categorización verbal en la que priman interacciones estructuradas desde lo cognitivo, emocional y social, a partir de lo adecuado y lo impuesto, en situaciones en las que las personas participan y que hacen parte de su vida cotidiana.

Área de aplicación.

El programa está dirigido a personas adultas que padecen alteración de las capacidades cognoscitivas de atención visual, sensopercepción, memoria verbal a corto plazo y juicio social, como consecuencia de una alteración a nivel cerebral y que responden a traumas craneoencefálico (TAC), enfermedades cerebro vasculares (ECV), tumores, demencias y trastornos de carácter cognitivo. El objetivo es producir la rehabilitación multimodal de las habilidades perdidas como consecuencia de alguna de las alteraciones anteriormente mencionadas, adaptándose a las necesidades concretas de cada paciente y del grupo familiar.

Actualmente, el PRNMS-UMB facilita el desarrollo de investigación intervención en un laboratorio de evaluación y rehabilitación neuropsicológica en el Instituto de Investigación y Desarrollo de la Universidad Manuela Beltrán.

Rehabilitación tradicional vrs. sistematizada.

En el diseño de los programas de rehabilitación se deben contemplar tanto las técnicas tradicionales como las sistematizadas. Es importante contar con todas las herramientas que se hayan desarrollado para favorecer el proceso de rehabilitación. Lo más importante es hacer coincidir los esfuerzos en un plan coherente e integral.

Así, se deben establecer los objetivos específicos a lograr en cada paciente, a corto, mediano o largo plazo, de acuerdo con las necesidades, intereses o actividades propias del paciente (Arango, 2006). Esto se realizará en sesiones individuales, aunque también se puede alternar con sesiones grupales, las cuales permitirán poner a prueba las estrategias y técnicas que se hayan ensayado de forma individual. De igual manera, se pueden orientar tareas para la casa las cuales involucren las funciones cognitivas entrenadas; a esto suele llamarse generalización.

Por otra parte, es importante la jerarquización, ya que se debe intervenir en todas las áreas afectadas, organizándolas en un orden jerárquico de aspectos inespecíficos o específicos. Así se tendrán en cuenta aquellas tareas que exigen un grado mínimo de dificultad, para luego, progresivamente, avanzar en los niveles de dificultad; es fundamental que esto se realice de la manera adecuada de tal forma que al finalizar la sesión se obtenga más aciertos que errores.

Otro punto a seguir es el análisis de procesos que activan cada área, identificar las habilidades que son necesarias para su ejecución y determinar si el tiempo requiere que sea de forma activa o con interrupciones (Arango, 2006). Se debe propiciar una retroalimentación o feedback, sobre el rendimiento para que el sujeto tenga conocimiento del resultado de su ejecución y manejar recompensas por los logros obtenidos y por el esfuerzo realizado, así como castigos cuando la ejecución no es correcta.

Concatenado con lo anterior, es indispensable mantener una relación adecuada entre rehabilitador y paciente, aunque el programa sea por computador,

así como la incorporación de la familia a los programas de rehabilitación con el fin de conocer sus expectativas y adecuarlas a las posibilidades reales.

Según Muñoz y Tirapu (2002) nunca se insiste lo suficiente en el papel que ejercen los miembros de la familia en el proceso de rehabilitación y como, ella constituye una variable esencial en relación con el pronóstico final de las personas con una lesión neurológica. En la rehabilitación tradicional, la red familiar y social no constituía un factor importante para una rehabilitación exitosa, de hecho, estas redes eran totalmente ignoradas por parte del terapeuta encargado.

La incorporación de la familia a los programas de rehabilitación es uno de los mayores avances de los últimos años. Es fundamental tener en cuenta a la familia y amigos cercanos del paciente que está en un proceso de rehabilitación neuropsicológica, pues ésto resulta significativo en la medida en que indica los principales problemas y dificultades en el contexto cotidiano y, permite establecer el nivel de línea base y cambio con el tratamiento; además favorece la consolidación y generación de las habilidades entrenadas y facilita la administración de refuerzos ante el esfuerzo y progreso del individuo (Muñoz y Tirapu 2002; Arango, 2006).

La familia es un factor importante e imprescindible en el ámbito de la rehabilitación neuropsicológica, ya que a mediano plazo se espera que los familiares sean los encargados de la continuidad del proceso. El terapeuta trabaja con la familia para entrenarla en el proceso de rehabilitación del paciente, teniendo en cuenta que son estas las personas con las cuales el paciente pasa la mayor parte del tiempo.

Fuera del entrenamiento que se le da a la familia para el apoyo del proceso de rehabilitación en técnicas tradicionales y sistematizadas, también se les enseñan estrategias afrontamiento tales como (Muñoz y Tirapu 2002):

- Instrumentales: que permiten trabajar directamente con la situación estresante que puede generar el proceso.
- Emocionales: que medien sobre las consecuencias emocionales elicítadas por la situación.
- Cognitivas: que permiten un cambio en la valoración del grado de amenaza que genera la situación.

De esta manera, los avances en rehabilitación permiten que la familia facilite la incorporación del paciente de una manera activa, donde la motivación es incentivada mediante programas que permiten captar la atención y el esfuerzo del mismo, lo cual genera satisfacción y un rendimiento y mayor avance frente al proceso de rehabilitación.

No cabe duda, que la rehabilitación neuropsicológica es y seguirá siendo un proceso laborioso, complejo y que requiere de un entrenamiento especializado. No obstante, es importante seguir probando programas, perfeccionando modelos, y sobre todo, desarrollando y adoptando técnicas en función de las necesidades y especificidades culturales.

Capítulo 3. Programas de Asistencia Familiar

En el momento en que la familia recibe el diagnóstico de lesión neurológica, los significados que otorga a las nuevas demandas mediatizan el avance de la enfermedad, la incapacidad del paciente, la falta de comunicación con los demás miembros de la familia o la mayor dificultad a la hora de poder manifestar sus necesidades; originando un mayor o menor cuidado y, consecuentemente, un cambio importante en la estructura familiar (Martínez, 2004).

La adaptación del sistema familiar a eventos estresores de este tipo está mediada por un fenómeno llamado “*extrañamiento*”, evidenciado tanto en el paciente como en los otros miembros de la familia, el cual no es más que la sensación de confusión con la nueva situación. Adicionalmente, aparece otro fenómeno el cual tiene que ver con la carga que asume el cuidador, y hace referencia a la sensación de agobio o “*sobrecarga*” por la responsabilidad que supone el cuidar a un paciente.

Para Johnson y McCown (2001) el extrañamiento tiene que ver con la impresión de que el paciente se ha convertido en una persona distinta después de la enfermedad y viceversa: el paciente ve que su familia está distinta o ellos no son su familia. La comprensión del individuo y de su familia, así como de las circunstancias especiales que concurren en la lesión neurológica, requiere conocimientos, compasión y experiencia. Es importante tener en cuenta que las lesiones neurológicas en general, representan un cambio importante con respecto a la antigua identidad emocional y cognitiva y a la autonomía.

De la misma manera, se debe resaltar que los procesos de cambio y su respectivo ajuste no se producen en forma lineal, ya que el cambio es dinámico y varía según los niveles de funcionamiento.

Al igual que el extrañamiento, otro fenómeno de gran impacto es la acumulación de estresores que culmina en la sensación de sobrecarga que puede hacerse crónica cuando el cuidador se siente abrumado y deprimido. La sobrecarga representa un conjunto de emociones en conflicto, hay incoherencia entre el amor y el sentido de la responsabilidad, el estrés y el miedo. Vivir estos estados emocionales opuestos genera gran tensión al interior del sistema familiar.

La familia como sistema.

La *familia* se concibe desde un enfoque sistémico como un todo diferente a la suma de las individualidades de sus miembros, cuya dinámica se basa en mecanismos propios y diferentes a los que explican la del sujeto aislado.

La familia es un sistema en la medida que está constituida por una red de relaciones; es natural, porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana y, tiene características propias en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazarla como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano.

La familia, como todos los sistemas sociales, intenta mantener un funcionamiento balanceado, usando sus capacidades para enfrentar sus demandas o exigencias, conforme a los significados que la misma le atribuye a dichas exigencias y capacidades. Estos tres factores interjuegan para lograr un funcionamiento balanceado, el cual se conceptualiza en términos del ajuste y la adaptación familiar, ubicados en un continuo de mejor a peor (Hernández, 2001).

Los *estresores* son acontecimientos que exigen cambios en el sistema familiar, y pueden ser normativos o no normativos. Cuando las exigencias son más insidiosas aparecen las tensiones, que pueden resultar de la tensión no resuelta de estresores anteriores o de exigencias de cumplimiento de rol. Los estresores pueden interactuar con las tensiones y exacerbarse mutuamente. De todos modos, sea cual sea la causa, las exigencias acumuladas no satisfechas generan estrés y crisis.

Para satisfacer las exigencias es necesario recurrir a las *capacidades*, que son de dos tipos: los recursos y el afrontamiento. Los recursos son capacidades que la familia posee, mientras que el afrontamiento es una capacidad que se actualiza activamente.

Los estresores y las capacidades se validan desde el *significado*, que puede ser de dos tipos: situacional y global. El significado situacional tiene que ver con la percepción que la familia tiene de las exigencias y capacidades, así como de la relación entre ellas, mientras que el significado global tiene que ver con los supuestos nucleares que mantiene en torno a los esquemas familiares, como el sentido de control y de propósito común y de colectividad (Johnson y McCown, 2001).

Si bien los significados atribuidos a las exigencias y capacidades son sostenidos por cada individuo, la mayoría son compartidos y contrastados dentro del grupo de convivencia, es decir, la familia u otros grupos significativos dentro de la comunidad. De hecho, los significados surgen cuando adquirimos el lenguaje a través de las transacciones con los demás en los diversos contextos

sociales y se van modificando continuamente para responder a cambios en el ambiente externo o a perturbaciones externas.

Por lo que, la definición familiar del estresor implicaría dos niveles: el primero correspondiente a una evaluación del estresor o tensión específica y, el segundo, a una evaluación contextual que incluye las definiciones subjetivas de la familia acerca de la relación entre las exigencias y las capacidades, tomando como referentes su propia experiencia y su entorno sociocultural.

Modelo sistémico de la enfermedad

La adaptación de la familia a una lesión neurológica sufrida por uno de sus miembros puede resultar un proceso de larga duración, en el cual entra en funcionamiento un proceso de ajuste entre el estilo de una familia y las demandas psicosociales de las alteraciones a lo largo del tiempo (Rolland, 2000; Arango, 2006)

La adaptabilidad se hace necesaria dentro del manejo de las lesiones neurológicas, siendo “los mecanismos homeostáticos los medios por los cuales se fijan las normas y se les hace cumplir para mantener una situación estable en el sistema de interacción” (Rolland, 2000), sin esto, la familia sería un total caos llevando al descontrol de sus miembros y tal vez, al desamparo del paciente. Todo esto puede empeorar el comportamiento, la salud física y mental de los familiares junto con la del paciente.

Uno de los objetivos dentro de la dinámica familiar es que las familias se puedan recuperar de la crisis que afrontan y puedan aprender de ella y no rendirse ante las dificultades que deben vivir (Arango, 2006). Para poder entender esta situación se puede acudir a los siguientes modelos: el de Resiliencia de Estrés; Ajuste y Adaptación Familiar (Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation) de Marilyn y Hamilton McCubbin, de la Universidad de Wisconsin-Madison; el Modelo de Respuesta de Ajuste y Adaptación Familiar (Family Adjustment and Adaptation Response, FAAR) de Joan M. Patterson; y el Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares de David Olson, de la Universidad de Minnesota.

Estos modelos parten de cuatro supuestos:

- Todas las familias, que son sistemas vivos, enfrentan dificultades y cambios como un hecho natural y predecible a lo largo de su ciclo vital.

- Todas las familias desarrollan fortalezas y capacidades básicas para promover su crecimiento unitario y el de cada uno de sus miembros, así como para protegerse en los momentos de transición y cambio.

- Todas las familias desarrollan fortalezas y capacidades específicas para protegerse de los estresores inesperados y para promover la adaptación después de las crisis o de las más duras transiciones.

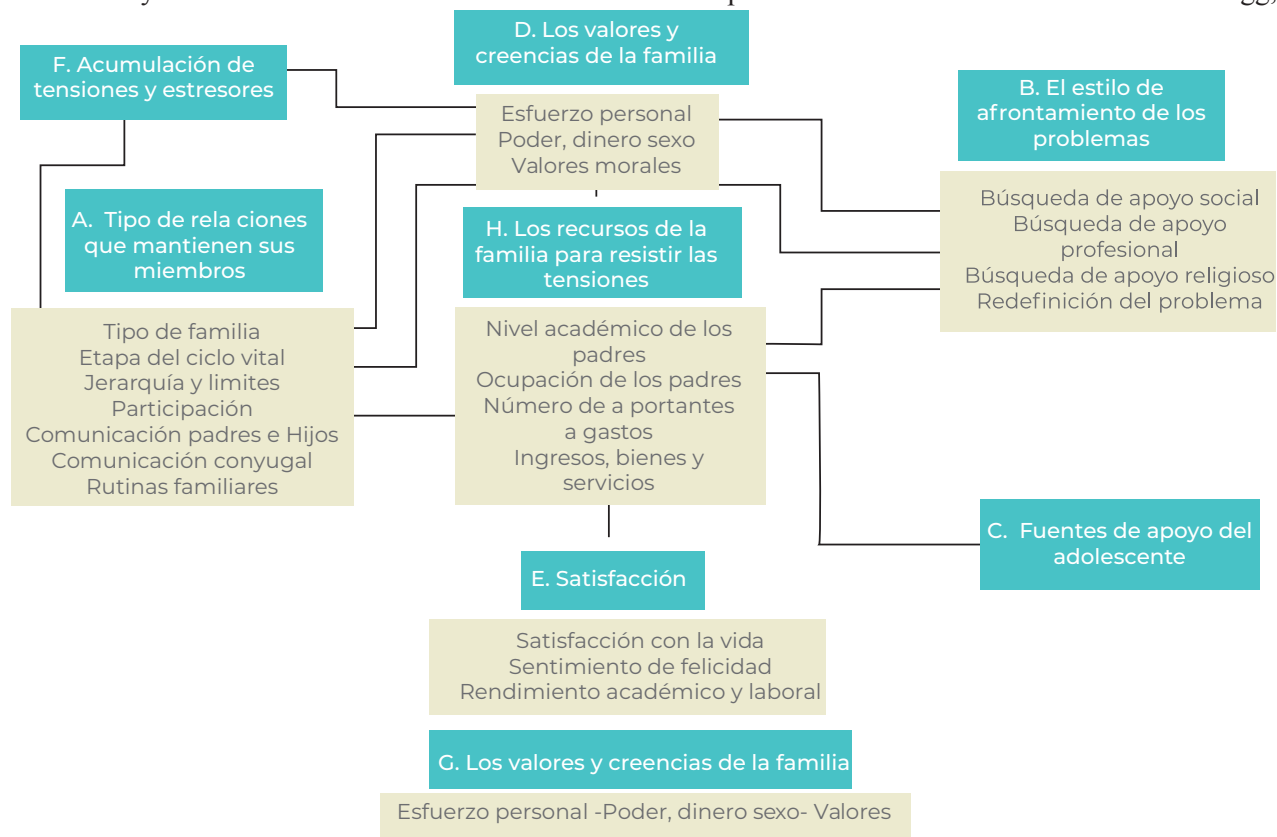
- Simultáneamente, las familias se benefician y contribuyen a la red de relaciones y recursos de la comunidad, en especial en los momentos de estrés y crisis.

El nivel de adaptabilidad o de vulnerabilidad de la familia y de sus miembros a la crisis, en respuesta a un evento estresante o a una transición, depende de la interacción de los siguientes factores (Gráfico 1):

GRÁFICO 1

Factores asociados con la adaptabilidad y la vulnerabilidad familiar a la crisis

Tomado de Familia y adolescencia: indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos. Fundación Kellogg, Was-



Tomado de Familia y adolescencia: indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos. Fundación Kellogg, Washington, 1996.

Como indicadores de la adaptabilidad o de la vulnerabilidad a la crisis se toman dos factores:

1. El grado de satisfacción de los miembros de la familia con diferentes aspectos de su vida (factor E), y
2. La presencia o ausencia de problemas de salud y de comportamiento (factor G).

Por ejemplo, si una familia es víctima de una tragedia que causa la muerte abrupta del padre, podemos esperar que pase por un momento de dificultad y sufrimiento, pero no necesariamente por una crisis. El efecto de un suceso como este dependerá del grado de unión y de apoyo que se brinden sus miembros, de sus capacidades para recuperarse a nivel moral y de organización, del valor que le otorgue a la muerte, del respaldo que encuentren en familiares, en amigos y en la comunidad, etc. Si alguno de estos ingredientes falla, es posible que la madre o alguno de los hijos desarrollen alguna sintomatología física o emocional, la cual se reflejará en su rendimiento personal, académico o laboral (Nonato y Ramírez, 2008).

Todos estos factores varían conforme a la etapa del ciclo vital en la cual se encuentre la familia, pero en general se ha encontrado que las familias más vulnerables a las crisis se caracterizan porque:

1. Tienen escasa vinculación afectiva y baja flexibilidad;
2. Sus miembros vacilan en depender del apoyo y comprensión de la familia;
3. Prefieren confiar en personas ajenas a ella, evitando a sus inmediatos, de modo que hacen pocas cosas juntos y sienten que entre ellos se estimula la actitud de que cada uno vaya por su lado;
4. Predomina un estilo de comunicación cerrado, se resisten al compromiso mutuo, evaden la responsabilidad y no involucran a la mayoría de los miembros en las decisiones que los afectan a todos.

A su vez, se reduce la vulnerabilidad a la crisis si hay pocas tensiones que amenacen la estabilidad emocional, social o económica de la familia, tales como separación conyugal, infidelidad, dificultades en la relación sexual, embarazos indeseados o fuera de una unión estable, abortos, pérdidas económicas severas, desempleo prolongado, enfermedades crónicas incapacitantes,

muerte violenta, suicidio o desaparición de alguno de los miembros, encarcelamiento, violencia física o sexual.

Esto no quiere decir que una vez que se presenta alguno de esos eventos, la familia quede irremediabilmente destinada a ser disfuncional; lo que ello representa es la necesidad familiar de un franco reajuste, para que el grupo logre asimilar esos sucesos como puntos de apoyo para su propia evolución.

Sobrecarga y extrañamiento.

En la evolución de las familias se debe tomar en consideración los fenómenos de la sobrecarga y el extrañamiento, siendo la familia un todo en la suma de sus partes, los estresores que se fijan en los miembros serán detonantes de una desacomodación de la estructura del sistema.

Hernández y otros (2006) encuentran que cuando los estresores son insidiosos aparecen las tensiones de eventos pasados donde se pueden haber dado exigencias en el papel que juega cada uno de los miembros, pudiendo generar una combinación entre tensión y estresores dando como resultados cuadros de crisis.

Cuando la enfermedad se hace presente en la familia los choques de sentimientos y necesidades no se hacen esperar; es así que, tanto la persona con el padecimiento como su(s) cuidadores se verán expuestos a sucesos como el descrito.

De tal forma que los factores estresores pueden desarrollarse en la sensación de carga para el cuidador. Esta puede hacerse “crónica y omnipresente cuando el cuidador se siente abrumado deprimido y al borde de sus fuerzas.”(-Jonson y Mccown, 2001).

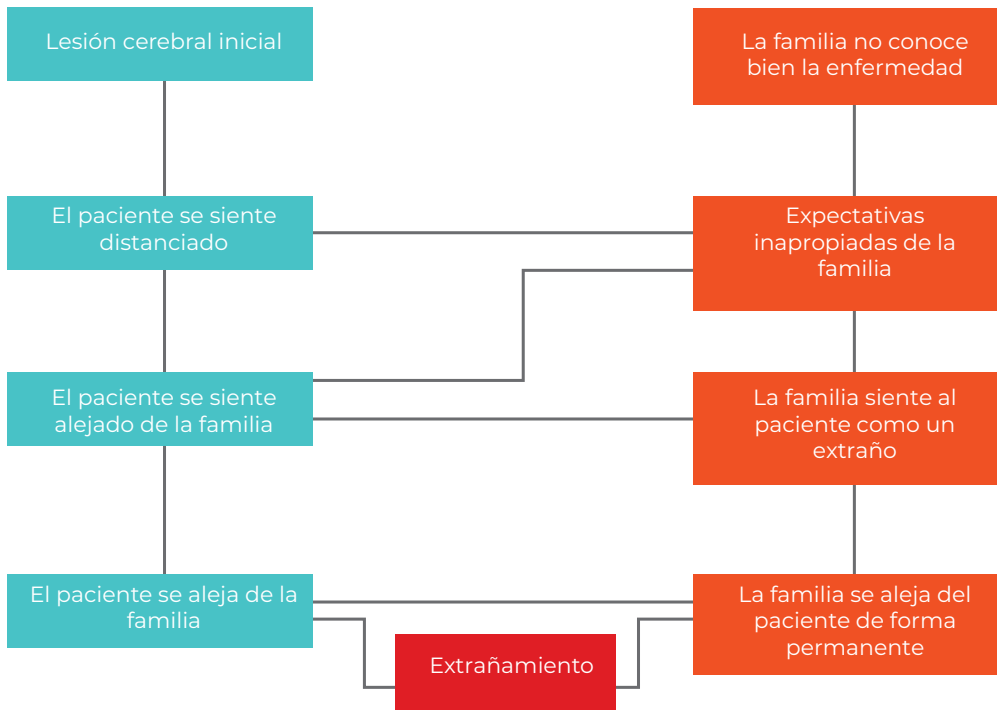
Por otro lado, también se genera el fenómeno del extrañamiento donde el comportamiento del paciente se caracteriza por conductas ajenas a su habitualidad, desencadenando tanto en la persona con el padecimiento como en el familiar, un desconocimiento de esa persona.

Para Lezak (1995) el fenómeno del extrañamiento se puede ver dentro de cuatro grupos donde se refleja el cambio que sufre el paciente a causa de la enfermedad:

- Problemas de percepción y conciencia sociales.
- Disminución de conciencia de si.
- Disminución en la capacidad de ser socialmente sensible y considerado con las necesidades de los demás.
- Egocentrismo.

Estos cuatro componentes hacen que las relaciones entre el paciente y sus familiares se deterioren, que terminan alejándose de los amigos, quedando reducido al contacto con el cuidador quien estará bajo la constante presión del cambio aparente ilógico de su familiar (ver gráfico 2)

Gráfico 2.
Retrato familiar dinámico del extrañamiento.
(Tomado de: Jonson y McCown, 2001)



De tal forma que, el profesional debe conocer los problemas que se presentan en el paciente y el cuidador y saber que no desaparecerán de repente. Es preciso que se utilicen estrategias de intervención terapéutica para llevar un control adecuado de los sucesos por los que atraviesan las familias. Siendo la terapia narrativa una herramienta muy útil al momento de conocer las emociones del paciente y su familiar en los inicios de la enfermedad.

Grupos de apoyo y de auto-ayuda.

Según Lubin (1992) al examinar los grupos de intervención tradicionales para familiares de pacientes con lesiones neurológicas se pueden distinguir dos tipos: a) los que ofrecen a sus miembros la posibilidad de aliviar necesidades de índole emocional, ofreciendo información y apoyo y, b) aquellos cuyos objetivos se concentran en impulsar cambios sociales e institucionales que favorezcan a sus miembros, a través de acciones políticas y sensibilización a otros acerca de la problemática social compartida.

Gracia (1997) propone una útil distinción entre los términos grupos de auto-ayuda (o ayuda mutua) y grupos de apoyo (o de soporte), basada en los siguientes aspectos: tiempo, liderazgo, promoción y estimulación del proceso de grupo:

TABLA 6.
Diferencias entre grupos de auto-ayuda y de apoyo.
(Tomado de Mastropietro, 1998)

| Grupos de apoyo | Grupo de auto-ayuda |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tienden a ser limitados en el tiempo | Poseen continuidad, presencia y un estatus permanente en la comunidad. |
| Su existencia depende del líder o de la organización que los promueve | Surgen como respuesta a los principales problemas y críticas realizadas a los servicios profesionalizados. |
| Son promocionados o iniciados por profesionales. | Surge de las acciones voluntarias de sus integrantes. |
| Los profesionales estimulan los procesos de grupo que potencian los aspectos del intercambio personal. | Lo que estimula el desarrollo de estos grupos es la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Los profesionales sólo ejercen roles auxiliares o de consulta. |

Es frecuente la utilización de las siguientes denominaciones para referirse a la existencia de estos grupos, caracterizados fundamentalmente por la reunión de personas que enfrentan las mismas condiciones y dificultades: grupos de apoyo, grupos de soporte, grupos de auto-ayuda, grupos de discusión y grupos de ayuda mutua. Estos nombres son usados indistintamente por algunas publicaciones y, generalmente el término de auto-ayuda alude al proceso de interacción dentro del grupo que promueve la resignificación de conceptos relacionados con los problemas comunes, el cual impulsa la realización de acciones de apoyo entre los miembros y de actividades fuera del grupo, dirigidas a promover cambios en el entorno social (Colón, 1992; Gracia, 1997).

Este intercambio entre los miembros del grupo para proporcionarse apoyo y cuya cohesión se basa en la homogeneidad (compartir los mismos problemas de ajustes o crisis vitales) son aspectos comunes con la descripción de muchos de los tipos existentes de psicoterapia de grupo (Lubin, 1992; Vinogradov y Yalom, 1996). Sin embargo, estas experiencias grupales pueden distinguirse de los tratamientos psicoterapéuticos más tradicionales por sus características menos formales, al ser más variable su duración en el tiempo, menos directiva la participación del líder; además de flexibles los criterios de inclusión. Lo más importante es que el principal motor del cambio son los mismos participantes (y no el líder) por detentar éstos los conocimientos vivenciales (no los técnicos o científicos) sobre los cuales se sustentan los intercambios de ayuda (Gracia, 1997; Fotini y otros, 2005).



Los grupos de apoyo, a pesar de compartir un mismo objetivo principal, se caracterizan principalmente por las diferencias en su conformación y desenvolvimiento, existiendo diferentes tipos de grupos, ya sea sólo para cuidadores de un mismo sexo o un mismo vínculo consanguíneo -por ejemplo, esposas/cuidadoras-, o para todos los familiares afectados (Alzheimer Society of Canada, 1984).

Así mismo, en su estructura pueden ser grupos abiertos o cerrados, y además pueden variar por el estilo de liderazgo, al participar como líderes ex-cuidadores entrenados, o profesionales de la salud y asistentes sociales (Mendoza, 1997).

En naciones con sistemas políticos que insertan de forma activa los movimientos ciudadanos, la realidad de grupos más proactivos de auto-ayuda proporcionan efectos benéficos a sus participantes, quienes logran a través de acciones políticas un sentido de logro y esperanza -ante una enfermedad deteriorante e incurable-, al ver que los esfuerzos son recompensados con cambios en las políticas de salud y en la mejora de los servicios para los pacientes y sus familiares; a su vez, aumentan las redes de apoyo al integrarse a esta labor otras personas con las mismas motivaciones (McConnell, 1995).

Por otra parte, la inserción de estos grupos en organizaciones mayores también facilita el logro de metas de esta naturaleza, al estar, éstas últimas, encargadas de motivar cambios en la sociedad y en sus instituciones a favor de los pacientes y sus familias (Alzheimer's Association, 1987).

Es justamente la flexibilidad en la composición de tales grupos una de sus principales ventajas dentro del funcionamiento de las asociaciones, pues pueden ajustarse a las necesidades de las familias participantes de acuerdo con los servicios disponibles en la comunidad (Mendoza, 1997; Mastropietro, 1998).

En este sentido, Kessler y McLeod (1984) revisaron diferentes investigaciones relacionadas con el tema y concluyen que: "el apoyo emocional puede jugar un papel más importante que las medidas estructurales del apoyo, como la actividad social o el compromiso social, a la hora de proteger a los individuos de los efectos negativos del estrés" (citado por Ovejero, 1990, p. 112-113).

Programas asistenciales dirigidos al sistema familiar.

Patterson y McCubbin (1983) sugieren tres tipos de estrategias saludables para afrontar enfermedades crónicas como las lesiones neurológicas: 1. mantenimiento de la integración y la cooperación familiar, dentro de una definición optimista de la situación; 2. mantenimiento del apoyo social, la autoestima y la autoconfianza; 3. comprensión del proceso de la enfermedad por medio del contacto con otras familias con el mismo problema y de una adecuada información por parte de los médicos.

Así, los programas asistenciales dirigidos a familiares deben darse en tres niveles: *educación, asesoramiento y terapia* (Fernández, 1999). El primer nivel de intervención hace referencia a la necesidad de informar a los familiares sobre la naturaleza y las secuelas de la enfermedad, los fármacos empleados con más frecuencia, el proceso de rehabilitación y la participación de diferentes profesionales, la posible aparición de complicaciones médicas, entre otros.

TABLA 7.
 Algunos programas de asistencia dirigidos al sistema familiar.
 (Adaptado de Pedraza, 2005)

| Autor (es) | Programa asistencial | Nivel de Inter- vención |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Rofrano, Saa y Spataro (1996). | “Manejo conductual del paciente con ECV” | Educación |
| Mastropietro (1998) | “Grupos de apoyo para familiares de pacientes con demencia” | Asesoramiento |
| Espín (1999) | “Taller psicoeducativo para cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer” | Educación / Asesoramiento |
| Pedraza (1999) | “Programa de Intervención Asistencial: La Sobrecarga de los Cuidadores de Pacientes con Demencia” –PIA | Educación/ Asesoramiento |
| Briceño (2000) | “Programa de rehabilitación socio-emocional para pacientes con ECV” | Educación |
| Tárraga, Boada, Morera, Doménech y Llorente (2000). | “Programa de Psicoestimulación Integral para enfermos de Alzheimer” – PPI | Educación |
| Ferreira (2002) | “Programa psicoterapéutico para pacientes con enfermedad cerebrovascular y sus familiares” | Educación/ Asesoramiento/ Terapia |
| Hernández, Pedraza y Perdomo (2006) | Narrativas en la construcción de la dinámica y la experiencia familiar entorno al TDAH | Terapia |
| Benavides, Horta y Pedraza (2006) | “Programa de Asistencia Familiar: PAF” | Educación/ Asesoramiento/ Terapia |
| Nonato y Ramírez (2008) | Narrativas de escolares en la construcción de la dinámica familiar entorno a lesiones neurológicas. | Terapia |
| Barranco, Medina y Santiago (2008) | Narrativas en la construcción de la dinámica familiar entorno al ECV. | Terapia |

Navarro (1992) explica que uno de los recientes desarrollos en asistencia familiar son los programas psicoeducativos, modelos de tratamientos breves bien sistematizados y focalizados en problemas definidos; se caracterizan por su claridad conceptual y la posibilidad de aplicación institucional. Esta intervención persigue, en menor medida, los objetivos de la información dirigida al paciente, constituyendo de igual forma una herramienta terapéutica.

El asesoramiento familiar constituye un tipo de intervención más individualizado al intentar promover un ajuste más adaptativo a la nueva situación, proporcionando el apoyo emocional necesario para los sentimientos de culpa, desesperanza, etc. Como han señalado Smith y Godfrey (1995 c. p. Fernández, 1999), es esencial promover en las familias expectativas realistas en relación con el comportamiento del paciente, pues si las demandas de la familia hacia el enfermo son excesivas o muy limitadas se producirá un desajuste que inevitablemente perjudicará a la persona con alguna lesión neurológica.

En las familias incapaces de realizar el proceso de adaptación de forma efectiva suelen aparecer patrones disfuncionales de interacción, pudiendo generar problemas añadidos para la rehabilitación del paciente, para la calidad de vida del grupo familiar e incluso derivar en la ruptura del núcleo familiar. La intervención psicoterapéutica en estos casos se debe plantear como objetivo añadido al desarrollo de la comunicación que favorezca tanto la expresión adecuada de los sentimientos y de las frustraciones como los cambios de roles exigidos en la nueva situación, sin renunciar por ello a unas relaciones satisfactorias y gratificantes. Junto a esta terapia familiar no se puede olvidar la elevada frecuencia de trastornos emocionales, en especial en cónyuges e hijos, que pueden exigir un tipo de intervención específica e individualizada.

Las familias no sólo participan en las terapias de grupo, sino que también constituyen otro foco de atención de los profesionales rehabilitadores. Es posible ayudarlas a reajustar sus expectativas, a darse cuenta de sus propias necesidades y responsabilidades y ofrecer consejos para el manejo del paciente, orientándola a la estructuración de redes de apoyo, como paso crítico en el proceso de cuidado y rehabilitación (Fernández, op cit; Moreno, 1998).

Para llevar a cabo la intervención es imprescindible la evaluación, ya que persigue determinados objetivos para el logro de los cuales se cuenta con un tiempo estipulado. A este respecto, Navarro (1992) determina cuáles son los elementos de evaluación en la intervención familiar y la forma de evaluarlos:

TABLA 8.
Elementos de evaluación.
(Tomado de Pedraza, 2005)

| Evaluación | Objetivos | Método de evaluación |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Parte I: Evaluación de la crisis</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Determinar la gravedad de la disfunción del paciente. -Determinar el nivel de ansiedad familiar. - Determinar el grado de ayuda profesional que necesita el paciente. | <p>Preguntar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Síntomas del paciente y su impacto en el funcionamiento familiar. -Cómo los familiares afrontan otras situaciones. - Necesidades y deseos percibidos desde el tratamiento. |
| <p>Parte II: Evaluación de la reacción familiar</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Determinar el nivel de impacto a largo plazo de la enfermedad. -Determinar la respuesta de la familia a tratamientos pasados. | <ul style="list-style-type: none"> -Revisar el curso de la enfermedad. -Revisar en detalle las experiencias terapéuticas pasadas, especialmente las negativas y la percepción de la familia sobre su propia eficacia. |
| <p>Parte III: Evaluación familiar general</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Determinar los factores generales que puedan contribuir al estrés familiar o que constituyen recursos especiales en la forma de manejar la enfermedad: historia, estructura, patrones de comunicación, momento del ciclo evolutivo, relación familia-comunidad. -Determinar los factores de estrés familiar más comunes y el grado de tolerancia a dichos factores. | <ul style="list-style-type: none"> -Construir el genograma familiar -Explorar los patrones de relaciones considerando actividades y alianzas, así como los límites generacionales. -Observar el estilo de comunicación incluidos en los procesos de solución de conflicto, mecanismos de retroalimentación. -Preguntar a cada miembro de la familia sobre sus relaciones y contactos fuera de la familia. -Preguntar sobre acontecimientos recientes y cambios tanto positivos como negativos. |

De acuerdo con las premisas de la evaluación e intervención hasta ahora expuestas, Benavides, Horta y Pedraza (2006) desarrollaron un programa asistencial dirigido a la familia del paciente con demencia o lesión cerebral, como parte de la intervención multimodal del Grupo Interdisciplinario de Trabajo en Demencias de la Universidad Nacional de Colombia. Este se denomina Programa de Asistencia Familiar – “PAF”.

Programa de Asistencia Familiar – “PAF”.

El PAF es un programa asistencial de educación, asesoramiento y terapia, pretende trabajar el grupo familiar como sistema social primario que rodea al paciente con demencia o lesión cerebral. Está no solo dirigido al cuidador principal sino a los demás miembros de la familia. Además, busca disminuir los sentimientos de extrañamiento y sobrecarga, así como las emociones resultantes y, consecuentemente mejorar la calidad de vida del sistema familiar, generar nuevas formas de comunicación, mayor comprensión entre los diferentes miembros y un aumento en las relaciones familiares satisfactorias.

Por todo esto, el PAF incorpora el uso de varios modelos teóricos y terapéuticos, ya que no es posible acomodar el mismo modelo a todas las familias y todos los contextos. No obstante, es necesario actuar con cautela a la hora de adoptar cualquier modelo que le de especial importancia a la familia y al proceso que esta vive en el camino que impone la enfermedad, pues hay múltiples teorías que pueden generar contradicciones epistemológicas y por ende, metodológicas.

Además, se requiere de un equipo multidisciplinario en la intervención que cuente con la experiencia y capacidad suficientes para ayudar a las personas con demencia y sus familiares, ya que la alteración es lo suficientemente severa como para interferir significativamente en el trabajo, las actividades sociales habituales y la relación con los demás. También, es importante resaltar que las intervenciones se deben basar en las etapas iniciales y subsiguientes de reacción y posterior adaptación de la familia al deterioro de su ser querido; por esto, la intervención terapéutica debe adecuarse a la etapa en que se encuentre la enfermedad.

En este sentido, el Programa de Asistencia Familiar – “PAF” se ha estructurado en cinco módulos: (1) Orientación psicológica, (2) Taller psicoeducativo, (3) Grupo de apoyo, (4) Terapia familiar y (5) Talleres alternos:

Modulo 1. Orientación Psicológica.

Objetivo. Elaborar con los consultantes una historia familiar que permita construir una hipótesis sistémica de la dinámica relacional resultante del afrontamiento del estresor no normativo actual.

Modulo 2. Taller Psicoeducativo.

Objetivo. Introducir a los participantes en el conocimiento de los factores neurológicos, neuropsicológicos y sistémicos relacionados con la enfermedad demencial.

Modulo 3. Grupo de Apoyo.

Objetivo. Facilitar en el grupo de familias asistidas la expresión y manejo de sentimientos, emociones y actitudes entorno a la enfermedad, por medio del contacto con otras familias con la misma problemática.

Modulo 4. Terapia Familiar.

Objetivo. Contribuir con el grupo familiar en la reconstrucción de la experiencia y dinámica familiar resultante de un proceso de adaptación no efectivo.

Modulo 5. Talleres Alternos.

Objetivo. Proporcionar a algunos miembros de las familias asistidas herramientas específicas para afrontar la problemática actual.

Los programas de asistencia familiar como el PAF ya se están ofreciendo en distintos centros asistenciales abocados a la rehabilitación neuropsicológica. La premisa de estos servicios sencilla, las lesiones neurológicas perturban a las familias y la perturbación puede obstaculizar ajuste óptimo del paciente y, casi siempre, altera el funcionamiento presente y futuro del sistema familiar.

Capítulo 4. Programa de Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal

Presentación:

La Rehabilitación Neuropsicológica Multimodal constituye uno de los métodos de mayor importancia en el tratamiento de las alteraciones neuropsicológicas que presentan un gran número de pacientes como consecuencia de diversos trastornos. Sin embargo, el elevado costo, la escasez de profesionales con experiencia, la necesaria disponibilidad de tiempo, entre otros aspectos, dificultan la aplicación de este tipo de tratamiento. Por tal motivo, se elaboró un programa con tareas complejas (emocionales, cognitivas y sociales) que permite la realización de actividades rehabilitadoras de forma sencilla y sin requerimientos exigentes.

El programa este compuesto por tres módulos: (1) Psicoterapia, (2) Reeduación Cognitiva y (3) Reinserción Social.

Objetivos:

- Establecer las condiciones apropiadas para favorecer una rehabilitación integral.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y/o cuidadores.

Ventajas:

- Es apto para un número importante de pacientes, adaptándose a las necesidades específicas.
- Incorpora los nuevos avances teóricos en el área de rehabilitación neuropsicológica.
- Es útil para los objetivos terapéuticos que pretende: recuperación.

Módulo 1: Psicoterapia.

_____ Objetivo general.

Trabajar en conjunto con el paciente sobre la sintomatología emocional y afectiva, producto del proceso de salud-enfermedad.

_____ Objetivos específicos.

- Caracterizar la forma de reacción ante la enfermedad.
- Incentivar la libre expresión de su problemática individual.
- Facilitar la expresión de los sentimientos, emociones y actitudes asociados.
- Desarrollar una mayor conciencia y aceptación de su problemática actual.

-----Actividades.

1. Las formas de reacción.
2. La significación en el ámbito corporal.
3. La significación en el ámbito personal.
4. El papel que juega la enfermedad (ganancias secundarias).
5. El nivel de información sobre la enfermedad y el tratamiento.
6. La red de apoyo (familia y personal médico).
7. El apoyo psicológico continuo.

Actividad 1. Las formas de reacción:

El efecto psicológico que una enfermedad o lesión neurológica puede producir en un paciente estará en función no sólo de las características de la misma sino de la personalidad previa del sujeto. Es necesario definir cuál es el tipo de reacción adoptada para perfilar con mayor exactitud los pasos a seguir dentro del plan de intervención. De un modo esquemático puede hablarse de las siguientes reacciones:

| Forma de reacción* | Descripción ** |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| "Normal" | Implica la presencia de ciertos síntomas de ansiedad y depresión que tienden a disminuir para dar lugar a una depresión "adecuada" con la enfermedad o lesión neurológica. |
| Evitación | Manifiestamente, el paciente no parece perturbado, niega la enfermedad con sobre actividad y falsa alegría; al poco tiempo, se evidencia una depresión con angustia y daño autoinfligido a causa de haber descatado las instrucciones del médico. |
| Depresión reactiva | Evidente depresión prolongada y preocupación por los déficits en un paciente que, en el plano manifiesto, se hallaba relativamente bien adaptado. |
| Perturbación | Se trata de un paciente más bien perturbado, cuya angustia preexistente se canaliza hacia el nuevo motivo de preocupación; lo que, a veces, puede hacer que éste deje de lado ciertas manifestaciones más difusas de su perturbación, con lo que puede parecer más tratable que antes. |
| Invalidez psicológica | Se presenta cuando un paciente que se halla en condiciones de actuar en forma satisfactoria en varias áreas experimenta temores o presenta síntomas o actitudes que hacen de él un inválido. |

*Adaptado de: L. Bellak, 1977, Psicología de la enfermedades orgánicas. Buenos Aires: Editorial Paidós.

**Considérense los posibles cambios neuroquímicos resultantes de una lesión neurológica.

Una vez establecida la forma de reacción del paciente se procede a delimitar la intervención pertinente considerando los siguientes aspectos:

Actividad 2. La significación en el ámbito corporal:

El significado específico que la enfermedad tiene para el paciente debe identificarse en forma terapéutica. Así, por ejemplo, los sueños proveen detalles concretos del significado inconsciente. Por su puesto que el estilo del lenguaje del terapeuta debe ser lo más sencillo al interpretarlo.

Una limitación física con significado narcisista a menudo juega un gran papel. En una mujer se puede manifestar respecto a la belleza, y en un hombre al “machismo”; en cada caso debe analizarse la enfermedad con respecto al significado realista y al simbólico.

Con frecuencia el órgano afectado se sobreestima en el curso de una enfermedad. Cuando existe una lesión neurológica, la cabeza tenderá a perfilarse muy grande en la imagen corporal que se forma el paciente. Esta distorsión puede observarse con facilidad si el terapeuta le pide que dibuje el cuerpo humano, incluyendo el órgano o parte afectada. De aquí la relevancia de utilizar pruebas proyectivas, como el DFH, para completar el diagnóstico clínico.

Pedir al paciente que dibuje imágenes sobre su aflicción corporal, ayuda a aclarar el significado que tiene de ésta. Además, le sirve de catarsis y contribuye a la elaboración del hecho en la medida que el terapeuta interviene con aclaraciones pertinentes.

Actividad 3. La significación en el ámbito personal:

Es esencial comprender el significado específico de la enfermedad en términos de la historia de vida del paciente. Todas las enfermedades graves, temporalmente incapacitantes, incrementan la necesidad de ser amado y cuidado. La inactividad forzada, además, engendra el deseo de volver a un status de dependencia, más o menos infantil; donde la experiencia de las primeras relaciones afectivas juega un papel crucial.

Además, durante el curso de la enfermedad se puede establecer una relación entre el paciente y el órgano afectado, similar a aquella entre padre e hijo. Así, por ejemplo, el órgano afectado puede tomar el papel del hijo enfermo que necesita cuidado o el papel de un padre tirano. El órgano afectado primero se antropomorfiza, y después se describe como si tuviese vida independiente con preferencias y sensibilidades propias.

El terapeuta debe aprovechar la elaboración de la historia de vida para recoger información sobre las implicaciones emocionales y afectivas de la enfermedad. Si sabe escuchar todo cuidadosamente, podrá darse cuenta a menudo de cómo el paciente escoge sus palabras, palabras que comunican el contenido latente de sus síntomas.

Actividad 4. El papel que juega la enfermedad (ganancias secundarias):

Un fenómeno característico de todas las psicopatologías y enfermedades físicas es la ganancia secundaria. Ganar atención, evadir responsabilidades, controlar y tiranizar a la familia, y situaciones similares son muy comunes y pueden verse en forma dramática en el “seguro de neurosis” o “síndrome de pensión”, donde la enfermedad provoca ciertas ventajas al paciente y puede operar de manera inconsciente para retardar su recuperación. Por lo tanto, la investigación de las ansiedades del paciente debe incluir un examen del significado consciente que la enfermedad tiene para él, y los factores que se derivan de nociones anteriores que han sido reprimidas profundamente y encuentran una representación simbólica en el curso de la enfermedad.

Así, la pasividad reforzada, en especial de naturaleza prolongada, puede implicar una gran amenaza para un paciente, y para otro, representar una resignificación infantil que aprovecha al máximo.

Actividad 5. El nivel de información sobre la enfermedad y el tratamiento:

Una vez identificadas las concepciones erróneas sobre la enfermedad y el tratamiento, el terapeuta debe iniciar un período de educación. Por ejemplo, una discusión sobre el papel de las neuronas dentro del proceso de rehabilitación, las características de la lesión, la función de los ejercicios rehabilitadores indicados, entre otros. Debe tenerse en cuenta el nivel de funcionamiento del paciente y el canal de comunicación adecuado.

Un paciente educado se muestra a menudo más cooperativo. Con frecuencia no seguir de manera adecuada la medicación o cualquier otro tratamiento es resultado de falta de comprensión por parte del paciente. El terapeuta debe asumir su papel de “educador”, para ayudar al paciente y fortalecer la alianza terapéutica.

Actividad 6. La red de apoyo (familia y personal médico):

El terapeuta a menudo actúa como un puente entre el paciente y la red de apoyo formada por la familia y el personal médico tratante. El terapeuta sirve como un mitigante de las ansiedades de todos los involucrados y puede ayudar a abrir canales de comunicación que, de otra manera, permanecerían cerrados. A pesar de que el terapeuta debe involucrarse con todos los aspectos de esta situación crítica, su énfasis principal debe ser sobre el paciente y su familia.

El terapeuta no puede sustituir al médico tratante ante los ojos del paciente. Sin embargo, un conocimiento suficiente de los procedimientos inherentes al tratamiento de la enfermedad proporciona una base para la comunicación. El paciente a menudo se muestra reacio a discutir ciertos aspectos con el médico, incluyendo cualquier ambivalencia que pueda tener, ya que su restablecimiento depende en gran parte de él. El terapeuta puede aclararle al paciente las áreas que él no quisiera discutir.

Las esperanzas puestas sobre la rehabilitación y sus efectos posteriores son indicaciones valiosas para el terapeuta. Él debe desarrollar una relación estrecha con el paciente ya que, si éste se encuentra preparado psicológicamente para el tratamiento, lo estará físicamente. Así, el papel de apoyo por parte del terapeuta es muy útil.

Las necesidades del paciente de asistencia médica continuo provocan tensiones entre él, su familia y el personal del hospital, por lo que el terapeuta sirve como un vehículo de aclaración y resolución de ansiedades y conflictos.

Actividad 7. El apoyo psicológico continuo:

Es el tratamiento de elección para aquellos pacientes que se ven limitados en su capacidad de cambio o en su implicación psicoterapéutica. Busca el alivio de los síntomas sin entrar en la estructura de carácter y/o resolución de conflictos básicos. Por ello se centra en el cambio externo de la conducta, y ni se liberan contenidos reprimidos, ni se toma el inconsciente.

Al no disponer de una estructura yoica lo suficientemente sólida para elaborar e integrar ese material, la estrategia se centra en reforzar las defensas e introducir otras, pero siempre en el intento de conseguir y mantener el mejor nivel de adaptación posible.

No se producen evidentes interpretaciones transferenciales, aunque se propicia la identificación con el terapeuta. Este es una figura claramente de autoridad que apoya la restauración o corrección de defensas y de capacidades de integración. Tiene un papel directivo, activo, y con sus señalamientos y guías intenta modelar los recursos para el manejo efectivo de problemas. En cualquier caso, el foco es siempre consiente, aunque con frecuencia se trabaja el esquema moral contenido a nivel del Superyó. La neurosis de trasferencia es desalentada y se intenta potenciar la alianza de trabajo.

Según las características del plan de intervención, se puede limitar el tiempo del proceso terapéutico; en cualquier caso, las sesiones son más espaciadas que en otras formas de trabajo psicoterapéutico, e incluso pueden concertarse a demanda del propio paciente. En general, el apoyo psicológico es la técnica más indicada para trabajar con pacientes con lesiones neurológicas, al inicio y durante el proceso rehabilitador.

Módulo 2: Reeduación cognitiva.

-----Objetivo general.

Procurar en conjunto con el paciente detener el deterioro cognitivo y facilitar la recuperación de las funciones cognitivas alteradas a raíz de la lesión neurológica.

-----Objetivos específicos.

Establecer un perfil neuropsicológico del funcionamiento cognitivo.

Diseñar un plan de intervención basado en la reeducación cognitiva.

Reforzar las funciones cognitivas generales que permanecen conservadas.

Recuperar las funciones cognitivas alteradas mediante diferentes mecanismos.

-----Actividades.

1. Evaluación neuropsicológica.
2. Elaboración del plan de intervención.
 - 2.1. Procesamiento de información.

- 2.2. Estado de las deficiencias y potencialidades.
- 2.3. Efecto de la lesión neurológica.
- 2.4. Tareas rehabilitadoras.
3. Proceso rehabilitador: Entrenamiento y Aplicación.

Actividad 1. Evaluación neuropsicológica:

La reeducación cognitiva de aquellas funciones afectadas que presenta el paciente, se sustenta fundamentalmente a partir de la evaluación neuropsicológica realizada antes de tomar parte del programa de rehabilitación neuropsicológica multimodal. A lo largo de la aplicación del plan de intervención diseñado en función de las características del paciente, se va comprobando su evolución mediante sucesivas exploraciones neuropsicológicas breves, con la finalidad de adaptar el proceso rehabilitador al curso de la recuperación de cada función cognitiva. La primera evaluación neuropsicológica se diseña en función de dos vías:

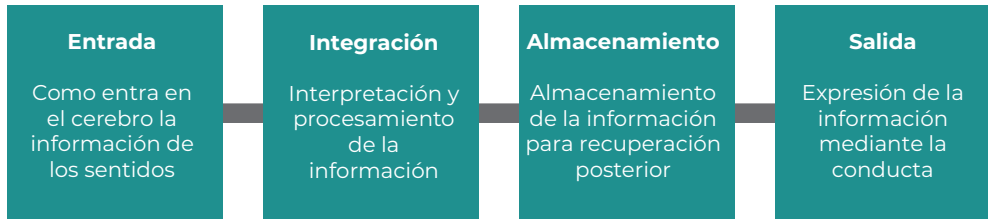
Exploración general: de los diversos procesos cognitivos (atención, inteligencia, percepción, memoria, funciones ejecutivas...) se utilizan para tal fin baterías neuropsicológicas, obteniendo una valoración global e integrada de todas las funciones de forma sistematizada.

Exploración específica: de aquellos procesos cognitivos concretos en los que se evidencia deterioro.

Actividad 2. Elaboración del plan de intervención:

Se debe adaptar el plan de intervención a las características de cada paciente, ya que, si no se tiene esta visión de trabajo, la práctica rehabilitadora no tendría significado alguno, y se reduciría a la realización de determinados ejercicios independientemente de si son adecuados, y si están diseñados para el tipo de déficit que presenta el paciente. Teniendo en cuenta esto, a partir de la exploración neuropsicológica, se establece un perfil neuropsicológico, en donde se especifican las características de los procesos cognoscitivos, en donde se reflejan claramente aquellos en los que se evidencia deterioro o déficit funcional. Con base en este perfil, se diseña el plan de intervención específico. El diseño se elabora considerando los siguientes aspectos teóricos:

2.1. Procesamiento de información: Se analiza el estado de las diferentes funciones cognitivas que se ponen de manifiesto durante la evaluación neuropsicológica. Las funciones se organizan de acuerdo con el Modelo de Procesamiento de Información. Este modelo presenta cuatro componentes: entrada, integración, almacenamiento y salida. Sin embargo, la inclusión de las funciones dentro de cada componente varía de acuerdo con la experiencia clínica del terapeuta y distintas opiniones teóricas.



*Tomado de: A. Kaufman, y E. Lichtenberger, 1999, *Claves para la corrección con el WAIS-III*. Madrid: TEA Ediciones.

2.2. Estado de las deficiencias y potencialidades: Cada una de las funciones cognitivas alteradas se clasifica de acuerdo con su estado de alteración actual: leve (dificultad), moderado (limitación) o grave (daño). También, es necesario establecer las potencialidades del paciente que pueden contribuir a recuperar dicha función.

| Función cognitiva alterada | Estado | | | Potencialidades para su rehabilitación |
|----------------------------|--------|----------|-------|----------------------------------------|
| | Leve | moderado | grave | |
| | | | | |
| | | | | |

2.3. Efecto de la lesión neurológica: Se establece la relación entre el efecto de la lesión y el mecanismo de reeducación cognitiva a emplear durante el proceso rehabilitador.

| Estado de la función cognitiva | Mecanismos | Objetivo de las tareas |
|--------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pérdida total | Sustitución | Buscar sustitutos que disminuyan el impacto del deterioro sobre el funcionamiento diario. |
| Pérdida parcial | Restitución | Reorganizar o restituir por entrenamiento. |
| Disminución o supresión | Estimulación | Brindar un ambiente rico en estímulos o repetición de respuestas ante un estímulo para mejorar la ejecución. |
| Deficiente interacción modular | Integración | Tratar de mejorar la actividad mental de manera global, bajo un modelo ecológico. |

*Adaptado de: P. Moreno, 1998, *Hacia una teoría comprensiva de la rehabilitación de funciones*. Madrid: Congreso Iberoamericano de psicología (mimeografiado).

2.4. Tareas rehabilitadoras: Hay un tipo de tarea rehabilitadora para la reeducación cognitiva de cada función como para las necesidades específicas de cada paciente. El terapeuta, con base en las características del déficit selecciona los ejercicios que realizará en cada sesión de rehabilitación.

| Función cognitiva | Test asociado del WAIS III (alternativa a considerar en la evaluación) | Tarea rehabilitadora |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención (fijación) | | Cancelación: buscar una o varias vocales o consonantes dentro de un conjunto de letras ordenadas al azar en una especie de cuadro o rectángulo. |
| Atención (fijación), Espacial | | Sopa de letras: buscar una serie de palabras dentro de un conjunto de letras ordenadas al azar en una especie de cuadro o rectángulo. La posición de las palabras puede ser horizontal, vertical o diagonal. Además, podrían aparecer en orden inverso. |
| Atención visual (fijación, concentración), Espacial (organización visual), Memoria de trabajo | Figuras incompletas. | Piezas o fragmentos: partes de un dibujo que aparecen al lado de éste. La tarea consiste en identificarlas como partes del todo en el menor tiempo posible. |
| Atención verbal (fijación), Percepción de sonidos y tonalidades | Retención de dígitos. | Música 1: Escuchar la letra de diferentes canciones y comentar sobre aspectos generales de la misma. |
| Atención verbal (fijación y concentración), Percepción de sonidos y tonalidades, Memoria de trabajo | Retención de dígitos, Aritmética | Música 2: Escuchar la letra de diferentes canciones e identificar una serie de palabras predeterminadas dentro de su contenido. |
| | | Textos: Escuchar textos cortos e identificar detalles predeterminados dentro de la historia. Utilizar instrucciones cortas y repetir cuando sea necesario. |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atención visual (fijación), Espacial, Intelectual (diferenciación de detalles esenciales y no esenciales, establecimiento de un principio básico, insight social) | Semejanzas, Figuras incompletas. | Diferencias: Se presentan dos o más imágenes “idénticas” que tienen uno o más elementos diferentes entre sí. |
| Atención visual (fijación), Espacial, Intelectual (diferenciación de detalles esenciales y no esenciales, insight social) | Semejanzas, Figuras incompletas. | Semejanzas: Se presentan dos o más imágenes “diferentes” que tienen uno o más elementos iguales entre sí. |
| Atención visual (fijación y concentración), Espacial Memoria inmediata visual. | | Tarjetas de lotería: Conjunto de pares de tarjetas con dibujos simples que se tratan de emparejar de acuerdo a su posición en el espacio de trabajo. Se requiere recordar la ubicación de la figura para encontrar el par. |
| Atención verbal (fijación, concentración), Percepción de sonidos y tonalidades, Memoria mediata verbal | Retención de dígitos | Listas: Ejercicios de listas de palabras que deben ser memorizadas. |
| | | Letras: Escuchar la letra de canciones y textos cortos para tratar de memorizarlos. |
| | | Lista de mercado: Elaborar de memoria una lista semanal de víveres. |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Atención visual (fijación, concentración), Espacial Memoria inmediata</p> | | <p>Juego de memoria visual: escenas de situaciones sociales que se deben memorizar por varios segundos para luego contestar a preguntas relacionadas con su contenido concreto.</p> |
| <p>Memoria a largo plazo, Intelectual (comprensión verbal)</p> | <p>Información.</p> | <p>Destacar el material real haciendo que el paciente lea artículos de periódico, discuta eventos actuales y haga ejercicios de memoria.</p> |
| <p>Memoria a largo plazo, Intelectual (comprensión verbal, formación de conceptos, razonamiento concreto y abstracto, establecimiento de asociaciones, discriminación de destalles esenciales de los no esenciales)</p> | <p>Semejanzas.</p> | <p>Enfocarse en el reconocimiento de diferencias y semejanzas en formas, texturas, y ambientes cotidianos.</p> |
| | | <p>Destacar desarrollo del lenguaje, sinónimos y antónimos, y ejercicios que impliquen palabras, clasificaciones y generalizaciones abstractas.</p> |
| <p>Atención (fijación, concentración), Espacial, Memoria de trabajo, Memoria a largo plazo, Intelectual (comprensión verbal, razonamiento numérico, cálculo mental)</p> | <p>Aritmética.</p> | <p>Utilizar objetos concretos para introducir conceptos numéricos, ejercicios en habilidades básicas, etc.</p> |
| | | <p>Desarrollar problemas de aritmética interesantes y relacionados con la vida cotidiana del paciente.</p> |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Memoria a largo plazo, Intelectual (comprensión verbal, aprendizaje, riqueza de ideas, formación de conceptos), Lenguaje | Vocabulario. | Desarrollar un vocabulario funcional. |
| | | Alentar a la discusión de experiencias, realización de preguntas, etc. |
| | | Utilizar juegos de enriquecimiento verbal como: crucigramas, analogías, etc. |
| Intelectual (comprensión verbal, insight social, sentido común, uso de conocimientos) | Comprensión e Historietas. | Discutir las acciones de otros para desarrollar conciencia de las relaciones sociales y de lo que se espera de un individuo en función de la conducta del otro. |
| | | Teatro: Situaciones de role-play, como avisar de incendios, llamar a la policía y obtener ayuda para reparar. |
| Atención (fijación), Espacial (organización perceptual), Intelectual (planificación, insight social, razonamiento no verbal, sentido común) | Historietas. | Enfocarse en relaciones causa–efecto, presentaciones lógicas secuenciales y relaciones parte – todo. |
| | | Uso de ejercicios de completamiento de historias. |
| | | Discutir conductas finales y alternativos en historias y eventos. |
| Atención (fijación), Memoria de trabajo Espacial, | Búsqueda de símbolos, Letras y números rompecabezas | Rotación de Figuras: Elementos que deben ser ubicados en una escena determinada pero rotados con respecto a su posición original. |
| Atención visual (fijación), Espacial (Organización visual, construcción) Intelectual (formación de conceptos abstractos), Coordinación motor. | Diseño con cubos, Rompecabezas | Rompecabezas 1: Juego tradicional de piezas que al ser ensambladas forman un todo común. |
| | | Emplear ejercicios de viso – construcción como cubos de colores. |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Atención visual (fijación), Espacial (Organización visual, construcción) Intelectual (identificación de partes concretas en un todo con significado).</p> | <p>Rompecabezas y Diseño con cubos</p> | <p>Rompecabezas 2: Partes de un todo en común que deben ser unidas en el plano unidimensional (papel).</p> |
| <p>Emplear actividades de construcción, cortado y pegado.</p> | | |
| <p>Enfocarse en la interpretación de todos a partir de sugerencias mínimas</p> | | |
| <p>Atención (fijación), Espacial</p> | | <p>Siluetas: Se identifica el contorno de un dibujo dentro de un grupo de siluetas.</p> |
| <p>Atención (concentración), Velocidad de procesamiento, Memoria a corto plazo, Intelectual (habilidad simbólico asociativa), Coord. visomotora</p> | <p>Dígitos y símbolos</p> | <p>Utilizar ejercicios visomotores de aprendizaje como: desarrollar un código para equiparar figuras geométricas y números, practicar con código Morse y trabajar en actividades de trazado.</p> |

Actividad 3. Proceso rehabilitador: Entrenamiento.

3.1. Horario actividades: El tiempo estimado para cada sesión de rehabilitación es de 45 minutos, aproximadamente. El paciente debe recibir de dos a tres sesiones monitoreadas por semana, además de practicar a diario en casa con los cuadernos de ejercicio y posteriormente con los de rehabilitación. Ello claro está dependerá de la disponibilidad del terapeuta y paciente por lo que se deberá elaborar un horario de actividades a seguir.

3.2. Cuaderno de ejercicios: Consiste en la aplicación preliminar o entrenamiento en las tareas rehabilitadoras seleccionadas por el terapeuta. Esto permite la elaboración de los cuadernos de rehabilitación a ser utilizados en la próxima actividad del programa, por lo que, es necesario desde un principio registrar los tiempos de reacción del paciente durante la ejecución de los ejercicios: tiempo mínimo, máximo y medio.

| Fecha | Número de ejercicio | Tiempo estimado de ejecución | Tiempo real de ejecución | Diferencia |
|-------|---------------------|------------------------------|--------------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Se recomienda tratar de hacer variados los ejercicios para motivar y facilitar la adherencia del paciente al módulo de reeducación cognitiva. Por una parte, se presentan múltiples tareas diferentes que, además, tienen distintos niveles de dificultad. Por otro lado, y de forma aleatoria, se deben combinar algunas variables de la tarea, de modo que se logre una variabilidad que haga difícil la rutina en la rehabilitación.

La dificultad de las pruebas es un aspecto relevante, ya que si éstas son demasiado difíciles es probable que el paciente no quiera repetir las más adelante y, además, si fracasa en el primer intento parece claro que resultará difícil determinar posteriormente la posible progresión del deterioro. En este senti-

do, se ha establecido que la tarea bien diseñada debe evitar que el paciente se dé cuenta del deterioro de sus facultades, lo cual le resulta incómodo tanto al usuario como al profesional que practica la rehabilitación. Por lo contrario, el hecho de que los ejercicios resulten demasiado fáciles puede llevar al paciente al aburrimiento, lo que dificulta detectar mejorías posteriores ya que, desde un primer momento, él ha alcanzado los mejores resultados.

Por este motivo, el programa plantea desde el primer momento efectuar tareas que se adapten a las capacidades del paciente, de modo que no puedan resultar ni demasiado difíciles ni fáciles. La tarea rehabilitadora que se seleccione debe adaptarse a niveles de dificultad creciente, los cuales serán establecidos según los resultados parciales de las primeras sesiones de reeducación cognitiva.

El contenido de cada sesión de trabajo se encuentra relacionado con las dificultades y las capacidades de cada paciente. El orden a seguir es el determinado según el modelo de organización funcional del cerebro que se maneje y las características de los ejercicios seleccionados para cada función.

Al final de esta actividad el paciente se habrá familiarizado con las características de una sesión de reeducación cognitiva.

Actividad 4. Proceso rehabilitador: Aplicación.

4.1. Cuaderno de rehabilitación: Consiste en la aplicación sistematizada y rigurosa de los ejercicios que el terapeuta ha seleccionado previamente en la actividad anterior según un nivel de dificultad preestablecido, además del tiempo de duración de cada sesión y frecuencia semanal. Así, si se ha dispuesto que el programa se aplique por 45 minutos aproximadamente, cuando se cumpla este tiempo de rehabilitación, se concluye con la sesión. De esta forma, en la próxima sesión, el programa se reanuda en el lugar donde había finalizado. No se permitirá un mayor número de sesiones a las preestablecidas.

Se darán refuerzos según corresponda, tratando en todo momento de evitar que el paciente se sienta frustrado en sus respuestas y motivándolo a continuar con los ejercicios, así como a mantener unos niveles de información suficientes.

Cuando se observen fallas consecutivas se detiene el avance de modo que se evite el continuo refuerzo negativo, pasando automáticamente a niveles de

dificultad inferiores. Por el contrario, si el paciente obtiene unos resultados altamente satisfactorios de forma que la prueba le resulta demasiado fácil, se efectúa un incremento de dificultad en los ejercicios.

4.2. Sesiones de rehabilitación: Ambiente. Se debe disponer de un lugar medianamente amplio, con espacio suficiente para la realización de las actividades planificadas, iluminado, con ventilación adecuada y sin fuentes de distracción.

Sujeto. Para la adecuada realización de una sesión de rehabilitación se deben procurar el cumplimiento de las siguientes indicaciones:

- La sesión no debe coincidir con los horarios de alimentación del paciente.
- No debe realizarse la sesión en momentos en los cuales el paciente presenta algún tipo de malestar, físico o emocional.
- Es importante el establecimiento y mantenimiento del rapport, antes y durante el desarrollo de las actividades.
- En todo momento se debe motivar y alentar al paciente.
- Materiales. En todas las sesiones se preparan previamente los materiales. El terapeuta debe colocarlos en un lugar al cual pueda acceder fácilmente. A diferencia de una situación de evaluación el paciente puede tener contacto y familiarizarse con cada uno de ellos previo a la sesión de rehabilitación. Sin embargo, durante la sesión los mismos deben mantenerse fuera de su alcance dado que pueden actuar como elemento distractor.

Módulo 3: Reinserción social.

-----Objetivo general.

Promover cambios de comportamiento que faciliten la integración social y laboral del paciente a su familia, comunidad y sociedad.

-----Objetivos específicos.

- Mediar en el proceso de adaptación a las secuelas de la enfermedad.
- Contribuir a aclarar las dudas que puedan surgir en torno al desempeño social.
- Desarrollar las habilidades necesarias para la recuperación de la autonomía.
- Asegurar la participación de la familia y/o la comunidad en el proceso rehabilitador.

-----Acti-
vidades.

1. Evaluación integral.
2. Alternativas de intervención.
3. Técnicas de enseñanza.
 - 3.1. Técnicas para mejorar la capacidad productiva.
 - 3.2. Técnicas para mejorar la relación comunitaria.
4. Recreación continua.
5. Co-facilitadores.

Actividad 1. Evaluación integral:

Se realiza una evaluación y un diagnóstico integral antes de diseñar el plan de intervención. La evaluación tiene un carácter dinámico, dirigido no sólo a identificar las características personales, las dificultades adaptativas y las circunstancias bajo las cuales se mantienen, sino también las capacidades para la ejecución de tareas y logros de nuevos aprendizajes. De esta manera, es fundamental integrar la información recogida en los dos módulos anteriores.

Actividad 2. Alternativas de intervención:

De acuerdo con el nivel de funcionamiento del paciente se sigue una línea específica de intervención interdisciplinaria:

| Nivel de funcionamiento | Intervención pertinente | Actividades por desarrollar |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leve (dificultad) | Asesoramiento psicológico | Aplicación de procedimientos psicológicos, educativos e interpretativos, dirigidos a alcanzar una mayor comprensión de los recursos y potencialidades como a superar los déficits en el paciente. |
| Leve (dificultad) | Orientación vocacional | Información ocupacional, educativa o de cualquier otra clase para que el paciente pueda formular e implementar planes educacionales y vocacionales realistas. |
| Moderado (limitación) | Reentrenamiento cognitivo-conductual | Desarrollo de habilidades sociales, habilidades de la vida diaria, etc. |
| Moderado (limitación) | Psicopedagogía | Adiestramiento de pacientes con dificultades de aprendizaje... |
| Grave (daño) | Educación especial | Integración al entorno social de pacientes con características especiales. |
| Grave (daño) | Terapia ocupacional | Utilización de actividades especializadas para entrenar o tratar incapacidades psicosociales permanentes. |

Actividad 3. Técnicas de enseñanza:

La metodología formativa para la actividad laboral y social cambia dentro de límites muy amplios, según las peculiaridades socioeconómicas y culturales de cada comunidad. Sin embargo, el objetivo es siempre el mismo: lograr la adquisición de hábitos, destrezas y responsabilidades, que le permitan al paciente funcionar socialmente de manera adecuada.

3.1. Técnicas para mejorar la capacidad productiva:

| Técnica | Descripción |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preparación ocupacional | Obtención de informaciones relacionadas con el mundo del trabajo y actividades paralaborales imprescindibles (como solicitar trabajo, llenar una solicitud, seguir instrucciones, cobrar un cheque, conocimiento sobre seguridad social, etc. |
| Enseñanza general laboral | Desarrollo de una personalidad laboral a través de experiencias controladas. |
| Trabajo a prueba | Períodos breves de trabajo en diversos tipos de ocupación y actividad. |
| Enseñanza de destrezas | Enseñanza en destrezas especializadas. |
| Enseñanza ocupacional | Instruir al paciente con un trabajo específico, suministrándole prácticas en la ejecución de tareas (trabajo en cafeterías, ciertos trabajos en escuelas, etc.) |
| Preparación para el empleo | Instrucción bajo vigilancia en puestos de trabajo controlados (enseñanza práctica, experiencia de trabajo, taller protegido). |
| Identificación de modelos de trabajo | Trabajando en equipo con compañeros capaces o monitores con los que se pueda identificar. |
| Visitas | A industrias, talleres, etc. de la comunidad, donde el paciente tenga la posibilidad de tener empleo. |
| Experiencia transitoria de trabajo | En aquellos lugares donde las condiciones y tipo de trabajo, así como las relaciones con los compañeros, puedan ser variadas y controladas con propósitos de valoración y enseñanza. |

3.2. Técnicas para mejorar la relación comunitaria:

| Técnica | Descripción |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exploración de la comunidad | Reconocimiento sistemático y planificado de la comunidad, lugares destacados de la misma y transportes existentes. |
| Visitas oficiales | A instituciones, organismos, departamentos u hospitales que puedan facilitar algún tipo de ayuda al paciente. |
| Interrelaciones en grupo | Discusiones, reuniones y otras actividades donde se desarrollen experiencias en situaciones sociales, visitas a lugares públicos utilizados por la comunidad, etc. |

Actividad 4. Recreación continúa:

No cabe duda de la necesidad de proporcionar al paciente durante el proceso rehabilitador experiencias: educativas, laborales, familiares, terapéuticas, etc., que faciliten la reevaluación del comportamiento y la práctica de conductas a favor de la reinserción social. No obstante, se debe considerar incluir en el plan de intervención actividades para el descanso, la recreación y el esparcimiento. Siempre dentro de los gustos y costumbres del paciente y su familia.

Actividad 5. Co-facilitadores:

La familia juega un papel importante en todo programa de rehabilitación, por lo que es fundamental:

- Involucrarlos en la problemática del paciente, para procurar la comprensión de los cambios producidos a nivel de la interacción personal en ambos.
- Establecer un criterio de realidad a partir del cual se produzcan las conductas de interacción y atención al paciente.
- Informar sobre la importancia de su participación activa en el proceso rehabilitador del paciente.

- Adiestrarlos en el manejo de los cuadernos que son asignadas para la casa como parte de la reducción cognitiva.

Para lograr esto, lo más recomendable es realizar una o dos sesiones informativas con el grupo familiar y/o cuidadores antes de iniciar con el programa de rehabilitación neuropsicológica multimodal. Además, fijar reuniones semanales o quincenales de 15 a 20 minutos para poder monitorear de cerca el desempeño y evolución del paciente dentro del hogar.

En las sesiones informativas se deben emplear folletos, videos u otro medio audiovisual o escrito, con un vocabulario accesible, concreto y específico. El terapeuta puede seleccionar aquellos materiales con los cuales se sienta más cómodo y considere pertinentes. Los pasos a seguir dentro de cada reunión, como la frecuencia de las mismas, están sujetas al acuerdo que se llegue con los familiares.

Referencias bibliográficas.

- ALZHEIMER'S ASSOCIATION (1987). *Support group manual*. Chicago: Alzheimer's Association.
- ALZHEIMER SOCIETY OF CANADA (1984). *Alzheimer support groups*. Toronto: Alzheimer Society of Canada.
- Arango, J. (2006). *Rehabilitación neuropsicológica*. Bogotá: Manual Moderno.
- Arias, Y. (2002). Rehabilitación Cognitiva: Aspectos Teóricos y Metodológicos. *Revista de Neurología*, 4, 26-40.
- Barranco, G, Medina, L. & Santiago, P. (2008) *Narrativas en la construcción de la dinámica familiar entorno al ECV*. Bogotá: Universidad Manuela Beltrán
- Bellack, (1977). *Psicología de las enfermedades orgánicas*. Buenos Aires: Editorial Paídos.
- Benavides, M., Horta, M. & Pedraza, S. (2006). Programa de Asistencia Familiar – PAF: Hacia la intervención sistémica en cuadros demenciales. En: Trimboli, A. y otros -copiladores-. *Encrucijadas Actuales*. Buenos Aires: Akadia Editorial. Pg. 152-156.
- Bolívar, D. y Lozano, M. (2008). *Diseño y sistematización de tareas de estimulación prenatal para el desarrollo de los sentidos gustativo y olfativo*. Bogotá: Trabajo de Investigación, Universidad Manuela Beltrán.
- Briceño, A. (2000). *Programa de rehabilitación socio-emocional para pacientes con ACV*. Caracas: Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela.
- Cabrera, C. (1996). *Psiconeurología*. Caracas: Ediciones de la Biblioteca de la UCV.
- CETISA (1998). *AIRE: Programa de rehabilitación cognitiva por ordenador*. Material mimeografiado.
- Chirivella, J. (2002). *Rehabilitación neuropsicológica*. Boletín de la comunidad virtual de neuropsicología. Recuperado en Marzo 06, 2006 de la World Wide Web: <http://www.imbiomed.com.mx>.
- Cicerone, K. (2002). Remediation of working attention in mild traumatic brain injury. *Brain Injury*, 16 (3), 185-195.
- Colón, R. (1992). Grupos de apoyo para hombres gay HIV seropositivos: un estudio de casos en Puerto Rico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 189-200.

- Cyrulnik, B. (2002). *Los Patitos Feos*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- Diplomado psicología de la salud desde el modelo ecológico (2006). *Color*. Universidad Manuela Beltrán. Material mimeografiado.
- Espín, A. (1999). *Estrategias de intervención psicoeducativa en cuidadores de pacientes con demencia Alzheimer*. Ponencia en XXVII Interamericano de psicología.
- Fernández, S. (1.998). *¿Qué es la rehabilitación neuropsicológica?* Ponencia en Congreso Iberoamericano, Madrid.
- Fernández, S. (1999). *Estrategias a seguir en el diseño de programas de rehabilitación neuropsicológica para personas con daño cerebral*. Conferencia: First Internacional Congreso on Neuropsychology in Internet: Uniting Horizons in Neuropsychology, del 1 de Noviembre al 15 de Diciembre. Recuperado en Octubre 28, 2002 de la World Wide Web: <http://www.uninet.edu>.
- Fernández, S. (2001). Estrategias a seguir en el diseño de los programas de rehabilitación neuropsicológica para personas con daño cerebral. *Revista de Neurología* 2. 34-50.
- Ferreira, A. (2002). *Rehabilitación neuropsicológica multimodal: Programa psicoterapéutico para pacientes con enfermedad cerebrovascular y sus familiares*. Caracas:Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela.
- Fotini, K., Agogiatou, C., Kontantina, K. & Tsantali, E. (2005). *Cognitive, psychotherapeutic and educational. Interventions for caregivers and their patients with dementia*. Ponencia presentada en la 21ra Conferencia Internacional de la Enfermedad de Alzheimer – Istanbul.
- Franco, M. & Monforte, J. (1996). *Rehabilitación cognitiva por ordenador*. Material mimeografiado.
- Franco, O. & Orihuela, S. (1998). *Rehabilitación Neuropsicológica de las funciones ejecutivas en adultos con lesión cerebral a través de modelo PAINT*.
Recuperado en Marzo 06, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- FUNDACIÓN INTRAS (s/f). *Programa de rehabilitación cognitiva por ordenador*. Recuperado en Abril 06, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- FUNDACIÓN KELLOGG (1996). *Familia y adolescencia: indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos*. Washington.
- García, A., Urriticoetxea, I., Muños-Céspedes, J. & Quemada, J. (1999). *Evaluación y rehabilitación neuropsicológica de la conciencia de se-*

- cuelas en pacientes con daño cerebral adquirido*. Conferencia: First. Internacional Congress on Neuropsychology.
- Gazzaniga, M. (2002). *The New Cognitive Neurosciences*. Massachussets: Editor IN Chief.
- Goldstein, L. & Mcneil, J. (2004) *Clinical Neuropsychology: A practical guide*. England: Wiley.
- González, A. (2006). *La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta*. Bogotá: Manual Moderno.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, A. (2001). *Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve*. Bogotá: Editorial El Buho.
- Hernández, A. (2004). *Psicoterapia sistémica breve: La construcción del cambio con individuos, parejas y familias*. Bogotá: Editorial El Buho.
- Hernández, N., Pedraza, S. & Perdomo, M. (2006). Narrativas en la Construcción de la Experiencia y el Afrontamiento Familiar en torno al TDAH de un hijo menor de edad. En: Trimboli, A. y otros -copiladores-. *Encrucijadas Actuales*. Buenos Aires: Akadia Editorial. Pg. 290-296.
- Howard, E. (1992). *Herramientas de rehabilitación cognitiva*. Recuperado en Marzo 14, 2008 de la World Wide: <http://www.google.com>.
- Johnson, J. & McCown, W. (2001). *Terapia familiar de los trastornos neuroconductuales. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Kaufman, L. & Lichtenberger, E. (1999). *Claves para la corrección con el WAIS-III*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lezak, M. (1995). *Neuropsychological assesment*. New York: Oxford University Press.
- López, J., Gaebel, W., Maj, M. & Sartorius, N. (2002). *Psychiatry as a Neuroscience*. England: Wiley.
- Lubin, B. (1992). Terapia de Grupo. En: Weiner, I. (Ed.) *Métodos en psicología*. Buenos Aires: Akadia Editorial
- Martines, A. (2004). *Desarrollo de una Aplicación Multimedia para la Rehabilitación Neuropsicológica*. Recuperado febrero 23, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- Martinez, T. (2004). *Psychological attention to the family with Alzheimer. The Problematic one of the Family of the Patient with Dementia*.

- Recuperado en Febrero 02, 2004 de la World Wide Web: <http://www.infodoctor.com>.
- Mastropietro, E. (1998). *Grupos de apoyo: instrumento de ayuda para familiares de pacientes con Demencia*. Ponencia en I Encuentro Latinoamericano de Sociedades y Fundaciones de Alzheimer y otras Demencias, Caracas.
- McConnel, S. (1995). Advocacy as therapy. *Global Perspective*. 3 (2), 4-7.
- Mendoza, L. (1997) *Family Self-Help & Support Groups, Carer's Problems*. Conferencia presentada en el 13th International Conference and 7th Annual European Meeting "Alzheimer's—the Blind Hunter—Helsinki.
- Moreno, P. (1998). *Hacia una teoría comprensiva de la rehabilitación de las funciones cerebrales como base de los programas de rehabilitación en enfermos con daño cerebral*. Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología, del 15 de Octubre al 30 de Noviembre. Recuperado en Marzo 20, 2002 de la World Wide Web: <http://www.bio.hgy.es>.
- Muñoz, J. & Tirapu J. (2002). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Navea, G., Mujica, C. & Gisbert, C. (1998). *Modelo de intervención neuropsicológica para pacientes hipertensos*. Ponencia en Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid.
- Nonato, H. & Ramírez, L. (2008). *Narrativas de escolares en la construcción de la dinámica familiar en torno a lesiones neurológicas*. Bogotá: Universidad Manuela Beltrán.
- Ojeda, N., Ezquerro, J., Urriticoechea, I., Quemada, J., & Muñoz, J. (1998). *Entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con daño cerebral adquirido*. Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología, del 15 de Octubre al 30 de Noviembre. Recuperado en Marzo 20, 2002 de la World Wide Web: <http://www.bio.hgy.es>.
- Ovejero, B (1990) Apoyo social y salud. En: Barriga, S., León, J. M., Martínez, M. F. & Jiménez, I. *Psicología de la Salud: Aportes desde la Psicología Social* (pp.103-134). Sevilla: Sedal.
- Pascual, J. (1998). *Herramientas personales para la creación de aplicaciones multimedia*. Recuperado en abril 24, 2006 de la World Wide: <http://www.google.com>.

- Patterson, J. & McCubbin, H. (1983). The impact of family life events and changes on the health of a chronically ill child. *Family Relations*, 32, 255-264.
- Pedraza, S. (1999). *Programa de intervención asistencial: La sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia – PIA*. Trabajo Institucional de la Sección de Neuropsicología – HUC. Postgrado en Psicología Clínica, Universidad Central de Venezuela.
- Pedraza, S. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica multimodal de pacientes con trastorno cerebro vascular*. Postgrado en Psicología Clínica, Universidad Central de Venezuela.
- Pedraza, S. (2002). Rehabilitación neuropsicológica multimodal. *Revista Venezolana de Psicología Clínica (1)* 1-17.
- Pedraza, S. (2005). Demencia, sobrecarga y extrañamiento: Programa de Asistencia Familiar – PAF. *Revista Umbral Científico* 7. 96-110. ISSN1692-3375
- Pedraza, S. (2008). Programa de rehabilitación neuropsicológica multimodal sistematizado UMB. *Magazín UMB I* (en imprenta)
- Rofrano, A., Saa, D. y Spataro, J. (1996). *Evaluación conductual y comparación de dos procedimientos psicológicos en pacientes con ACV*. Caracas: Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela.
- Rolland, J. (2000) *Familia, Enfermedad y Discapacidad una propuesta desde la terapia sistemática*. España: Editorial Gedisa
- Segovia, J. (1994). *Ordenador y discapacidad*. Recuperado en Marzo 06, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ (2001) *Lineamientos de atención en salud para las personas con discapacidad en Bogotá D. C.* Bogotá: Oficina de Comunicaciones en Salud.
- Serón, D. & Lories, N. (1996). *Estrategias de intervención en programas de reorganización ecológicos de las funciones cerebrales*. Recuperado en abril 24, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Silva-Díaz, M., Stagno, M. & Zambrano, M. (1993). *Plan de atención integral a pacientes con trastorno del lenguaje expresivo, producto de una ECV (PAITLE). Propuesta metodológica*. Caracas: Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela.
- Sohlberg, M. & Mateer, C. (2001). *Cognitive rehabilitation*. New York: Guilford Press.
- Somerville, I. (1998). *Ingeniería de software*. Recuperado en abril 24, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.

- Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Doménech, S. & Llorente, A. (2000). *Volver a empezar*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Tirapu, J., Matinez, M., Casi, A. & Albéniz, A. (1998). *Rehabilitación en grupo de los Síndromes Frontales*. Ponencia en Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid.
- Vaquero, A. (1998). *Enseñanza, formación y aprendizaje*. Recuperado en Abril 26, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- Velásquez, S. (2003). *Narrativa como instrumento para comprender la dinámica familiar del enfermo con demencia y como herramienta terapéutica*. Material mimeografiado.
- Villamizar, E. Rosellini, M., & Ardila, A. (2005). *Neuropsicología de los trastornos del aprendizaje*. México: Editorial Manual Moderno.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Wilson, B. (1998). *Teoría y tratamiento de la rehabilitación neuropsicológica*. Argentina: Trillas.

Bibliografía sugerida.

- Alberca, R. & López-Pousa, S. (2002) *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Alfredo, A. & Ostrosky, F. (1991). *Diagnóstico del daño cerebral*. Argentina: Trillas.
- Ardila, M. (19991). *Estrategias de intervención Multimodal*. Recuperado en marzo 06, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Cabrejo, J. (2008). *Evaluación y rehabilitación neuropsicológica compleja de un niño con síndrome de down*. Bogotá: Universidad Manuela Beltrán.
- Calvinio, J. (1993). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Recuperado en abril 24, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Castellón, J. (1997). *Rehabilitación Neuropsicológica en accidentes cerebrales*. Recuperado en abril 24, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Charte, M. (1994) *Estrategias para la formulación de programas*. Marzo 21, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- Cohen, J. (1977). *Procesos del pensamiento*. México: Trillas.
- Corsi, M. (2004). *Aproximaciones de las neurociencias a la conducta*. México: Manual Moderno.
- Dennis, G. (2004). *Principios de neuropsicología humana*. España: Mc Graw Hill.
- Dorsh, A. (1999) *Características fundamentales del pensamiento*. Recuperado en marzo 01, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Fernández, C. (2002). *Adaptación social*. Recuperado en mayo 20, 2006 [http://es. Wikipedia.org/wiki/adaptación social](http://es.Wikipedia.org/wiki/adaptación_social).
- Fernández, G. (2001). *Las familias en le proceso de rehabilitación de las personas con daño cerebral sobrevenido*. Recuperado en febrero 23, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- Flores, N. (1995). *Metodología de los grupos focales*. Recuperado en Agosto 30, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- Goldman, M. (1987). *Deterioro cognitivo*. Recuperado en marzo 06, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Gonzáles, I. (1999). *Demencias*. Recuperado en abril 02, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Guevara, M. (1995) *Gerencia de servicios psicológicos: una estrategia para la formulación de programas*. Caracas: Universidad Central de

Venezuela.

- Hunkin, f. & Parkin, A. (1999) *Trastornos orgánicos*. Recuperado en marzo 01, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Junque, C., Bruna, O. & Mataró, M. (1998). *Traumatismos craneoencefálicos. Un enfoque desde la neuropsicología y la logopedia*. España: Masson, S.A.
- León, Carrión J. (1999). *Fundamentos de rehabilitación Neuropsicológica*. Recuperado en marzo 06, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Levine, K. (1993). *Lenguaje y pensamiento*. Recuperado en Marzo 06, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- Lima, O. (2004). *Neuropsicología*. Caracas: CDCH-UCV.
- López, F. (2000). *Racionalidad del ser humano*. Recuperado en Marzo 06, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Lozano, N. (2007). “*Diseño y sistematización de tareas neuropsicológicas complejas para la rehabilitación de la capacidad de juicio social en población adulta*”. Bogotá: Universidad Manuela Beltrán.
- Marcos, T. (1994) *Neuropsicología clínica: más allá de la psicometría*. Barcelona: Mosby/Doyma Libros.
- Mateer, C. (2003). *Introducción a la rehabilitación*. Recuperado en Marzo 06, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Milgran, J. (1986). *La atención y el control ejecutivo después de un trauma craneoencefálico*. Recuperado en marzo 01, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Moreno, E. & Velasco, A. (2007). *Diseño de estrategias complejas para la estimulación en el aula de las potencialidades del niño con dificultades neuropsicológicas: Módulo procesamiento y expresión*. Bogotá: Universidad Manuela Beltrán.
- Moreno, P. (1999). *Hacia una teoría comprensiva de la rehabilitación de las funciones cerebrales*. Recuperado en marzo 01, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Morales, L. (1988) *Sobre el envejecimiento*. Recuperado en marzo 01, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Muñoz, J. (2000). *Entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con daño cerebral*. Recuperado en marzo 01, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.

- Organización Mundial de Salud. (2004). *Discapacidades*. Recuperado en mayo 04, de 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Ortegón, A. (2007). *Hablemos de amores: Salud sexual y reproductiva en situaciones de discapacidad cognitiva*. Secretaria de Salud, Alcaldía de Medellín.
- Ospina, A. (2008). *Diseño y sistematización de tareas neuropsicológicas complejas para la rehabilitación de la capacidades de fijación y concentración visual*. Bogotá: Universidad Manuela Beltrán.
- Pérez, J. (1998). *Trastornos cognitivos y lesiones cerebrales*. Recuperado en marzo 01, 2006 de la World Wide:<http://www.google.com>.
- Piñeiro, H. (2002). *Evaluación Neuropsicológica*. Recuperado en Marzo 23, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- Planell, C. & Quintanar, L. (2001). *Programa de rehabilitación*. Recuperado Marzo 23, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- Portellano, J. (1988) *Importancia de la plasticidad neuronal en psicología*. Recuperado en febrero 24, 2006 de la World Wide:[http://www. google.com](http://www.google.com).
- Romero, D. (2008). *Diseño y sistematización de tareas neuropsicológicas complejas para la rehabilitación de la capacidad de memoria verbal a corto plazo*. Bogotá: Universidad Manuela Beltrán.
- Rubén, A. Y Rubén, H. (1999). *Rehabilitación Neuropsicológica del deterioro cognitivo*. Recuperado en Marzo 23, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).
- Santana, G. (1999). *Introducción a la neuropsicología y la rehabilitación*. Recuperado en marzo 06, 2006 de la World Wide:[http://www. google.com](http://www.google.com).
- Santos, J. y Bausela, E. (2005). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Recuperado en febrero 23, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google. com](http://www.Google.com).
- Sholberg, M. y Mateer, C. (1989). *Efectividad de los tratamientos neuropsicológicos*. Recuperado febrero 23, 2006 de la World Wide Web: [http://www. Google.com](http://www.Google.com).

Este libro ofrece una aproximación conceptual y práctica sobre las estrategias de rehabilitación multimodal (rehabilitación cognitiva y rehabilitación psicosocial) que se emplean en la actualidad en los centros asistenciales abocados a esta tarea. El autor resume su experiencia teórica, pragmática, investigativa y docente en el área de la neuropsicología clínica en forma sencilla y didáctica, buscando que los terapeutas que trabajan con pacientes con lesiones neurológicas encuentren aquí una guía sobre el proceso interventivo a seguir en sus actividades diarias.



**UNIVERSIDAD
MANUELA BELTRÁN**
VIGILADA MINEDUCACIÓN



ISBN 978-958-9483-69-5