

“Rehabilitación Neurocognitiva en Patología Dual: Incidencias terapéuticas y farmacológicas”.

Autores: Lic. Sebastián Pablo Rodríguez / Dr. Gabriel González

Institución: Proyecto Uno. Comunidad Terapéutica en Adicciones y Salud Mental

Publicaciones: “El trabajo con pacientes de doble diagnóstico en el dispositivo de Comunidad Terapéutica”. Revista de APAL (Asociación de Psiquiatría de América Latina). Noviembre de 2008.

*E mail: sebastian@proyectouno.org.ar
gabriel@proyectouno.org.ar*

Introducción

Durante el último tiempo se ha hecho necesario abocar nuestro pensamiento profesional a la creación de proyectos e implementación de técnicas útiles en el campo del desarrollo neurocognitivo.

La clínica actual nos presenta cada vez con mayor frecuencia, pacientes que padecen de graves alteraciones a nivel subjetivo en comorbilidad con importantes trastornos cognitivos. En el campo de las adicciones es conocida la creciente tendencia a encontrar la demanda orientada especialmente, hacia aquellos pacientes donde coincide junto al consumo de sustancias tóxicas un trastorno mental asociado.

En otras oportunidades se hizo hincapié en la instrumentación de dispositivos eficaces para el tratamiento y contención de estas patologías, planteándose la necesidad de capacitar a los equipos multidisciplinarios en la atención y cuidado de estos pacientes y sobretodo en la posibilidad de pensar estrategias enmarcadas dentro de nuestros contextos terapéuticos. Se llegó a la conclusión de que las comunidades terapéuticas, históricamente exclusivas en el tratamiento de las adicciones, podían modificar su planificación y hacerse extensibles a esta problemática.

Surgió así toda una variable de tratamiento posible en el área de la Salud Mental; la rehabilitación de pacientes drogodependientes con un trastorno psicótico asociado.

Los pacientes con esta problemática encontraban en la Comunidad Terapéutica no solo la contención psicológica e implementación de un plan de acción farmacológico, sino también, un lugar de identificación y pertenencia, grupos de expresión y elaboración de sus vivencias, y en particular y como objetivo mayor, el acompañamiento hacia un nuevo proyecto de inclusión social.

En este último punto es donde tropezamos con un gran obstáculo, que podríamos denominar, la carencia multidimensional de recursos.

- 1) La falta de recursos sociales para la inserción de pacientes psicóticos, que se manifiesta mediante la repetitiva acción de políticas públicas tendientes a cronificar la problemática, en vez de generar los espacios de alojamiento y productividad necesarios para que la persona pueda incluirse.
- 2) La falta de recursos familiares para la inserción. Punto que abarca la disfunción típica de las familias de los enfermos mentales; entendiéndose por ésta, la falta de un contexto de contención y salud para el paciente, o en su mayoría, la falta de total contexto por abandono.
- 3) La falta de recursos cognitivos, que favorezcan la inclusión socio laboral de los pacientes en tratamiento.

En esta ocasión nos ocuparemos detenidamente de este último aspecto de la problemática, entendiendo que allí radica la más compleja situación a resolver; pues la exclusión se sobredimensiona dejando al paciente en una situación de imposibilidad patológica frente al entorno, y por ende, augurando un futuro de institucionalización como única alternativa.

En lo que respecta a la carencia de recursos sociales y familiares, podríamos pensar que su resolución se encuentra en la implementación de estructuras de contención social que tiendan a que el paciente, encuentre en ellas un lugar de participación y subjetividad posible. Por lo tanto, seguirá carente en tanto no se aúnen los esfuerzos y objetivos gubernamentales con las necesidades y aspiraciones de las personas con patología dual y los profesionales que los tratamos.

La carencia de recursos cognitivos nos introduce en la necesidad de considerar en nuestras estrategias terapéuticas, la inclusión de una metodología con técnicas de rehabilitación Neurocognitiva que posibiliten a los pacientes mayores perspectivas en su rehabilitación psicosocial.

Este trabajo tiene por objetivo desarrollar los aspectos teóricos, metodológicos y estratégicos de un programa de rehabilitación Neurocognitiva diseñado para pacientes con patología dual que se encuentren dentro de un tratamiento de rehabilitación psicosocial en el dispositivo de Comunidad Terapéutica.

A su vez, efectuará una evaluación de su incidencia terapéutica mediante el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados obtenidos en las distintas funciones cognitivas, en una primera fase del programa con un grupo control de diez pacientes pertenecientes al tratamiento residencial en Proyecto Uno.

Fundamentación

Durante los últimos años se ha destacado la importancia que tienen las alteraciones cognitivas en la evolución y pronóstico de los pacientes con un trastorno mental como la esquizofrenia u otros tipos de psicosis.

El mayor cambio en este paradigma implicó dejar de pensar los déficits cognitivos como un epifenómeno y atribuirle un valor central dentro de la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Los pacientes psicóticos no solo tienen alucinaciones, delirios y alteración en el pensamiento; también poseen desarreglos en distintas esferas como la atención, las destrezas y habilidades viso espaciales, la memoria, el lenguaje y el funcionamiento ejecutivo.

Este cambio implicó la necesidad de trabajar terapéuticamente sobre estos aspectos, pues es común que los déficits no cambien a pesar que la sintomatología positiva remita, y además es sabido que la mayor o menor intensidad de los déficits va a ser determinante para la inserción psicosocial del paciente.

A nivel neurobiológico, y teniendo en cuenta que la Patología Dual además del trastorno mental correlaciona sus déficits cognitivos al consumo de sustancias tóxicas, hemos obtenido apoyatura en el campo de las neuroimágenes, lo cual nos proporciona una mirada más amplia sobre la problemática.

Se observó en los Spect analizados (tomografía por emisión de fotones) la dominancia de hipoflujo fronto – temporal (descenso en la actividad neural de esas zonas). Estas neuroimágenes correlacionan las alteraciones cognitivas con un sustrato biológico y

proporcionan la posibilidad de controlar la respuesta al tratamiento y la evolución de la enfermedad

Diremos que en la patología dual el deterioro cognitivo se asocia a un doble factor: el consumo de sustancias psicoactivas y el defecto propio de la enfermedad psiquiátrica, lo cual a su vez, se agudiza con los síntomas negativos de la enfermedad.

Desde la rehabilitación neurocognitiva sostenemos que es posible la recuperación del funcionamiento cognitivo en zonas concretas del cerebro tras la exposición a tareas de aprendizaje vinculadas a estas.

Nuestra hipótesis se fundamenta en el concepto teórico clínico de Neuroplasticidad cerebral el cual consiste en la capacidad para modificar de manera temporal o permanente los patrones de conexión sináptica para modificar sus rutas de interconexión entre las neuronas. Dichos cambios pueden traer como consecuencia la modificación del funcionamiento de los circuitos neurales y las funciones asociadas a éstos (Restitución de las funciones Cognitivas).

De ahí que nuestro objetivo central es posibilitar a través de las técnicas de estimulación y rehabilitación cognitivas una mejora en las habilidades para la vida diaria y por consiguiente un mejor pronóstico en la inserción social de pacientes con patología dual.

Alteraciones Cognitivas en Patología Dual

Como se ha mencionado en la introducción de este trabajo, encontramos que los pacientes con patología dual presentan alteraciones en el funcionamiento de las capacidades cognitivas en todas sus áreas: atención y concentración, memoria, lenguaje y función ejecutiva.

Si bien la patología dual presenta una etiología multicausal, y cada paciente es singular en su presentación sintomática y funcionamiento cognitivo; hemos observado que

aunque en distintas medidas, las funciones cognitivas superiores muestran algún grado de defecto en comparación con sujetos sin esta enfermedad.

El hecho de que estos pacientes presenten en el funcionamiento de su sistema nervioso central un hipoflujo neuronal en las áreas afectadas se traduce en la presencia de alteraciones en el procesamiento complejo de la información.

Tal como mostraron las diferentes investigaciones sobre el defecto cognitivo en la esquizofrenia, los cuadros psicopatológicos a los que nos referimos evidencian que la Insuficiencia de Control Atencional (Ica) es central en su fisiopatología.

Esta alteración en la atención se caracteriza por la asignación inadecuada de recursos atencionales durante el proceso cognitivo. El resultado de esto se observa mediante la sobreinclusión de elementos irrelevantes en la idea central del pensamiento; o bien, mediante la dificultad para procesar la información novedosa.

Según varios investigadores la atención se puede considerar como un modulo cerebral que cumple la función de filtro para proteger la saturación de los sistemas centrales del procesamiento de la información.

Sabemos que hay dos tipos de procesamiento de la información. El procesamiento automático y el controlado. Este tipo de pacientes tienen generalmente un funcionamiento cognitivo no deficitario en tareas automáticas, que no requieren el control consciente y que pueden llevarse a cabo con un nivel mínimo o nulo de recursos atencionales.

En cambio, el procesamiento controlado de información está guiado por la memoria operativa y requiere una gran cantidad de recursos atencionales, y es el que está más afectado en los pacientes duales.

En cuanto a la **memoria**, sabemos que si bien la memoria operativa o working memory es la más afectada, todos los otros tipos de memoria poseen algún nivel de deterioro. Encontramos pacientes con graves alteraciones a nivel de la memoria a largo plazo y en

los casos mas graves, aunque no con tanta frecuencia, alteraciones en la memoria procedural.

La memoria operativa tiene una gran importancia en la función ejecutiva. Esta tiene su implementación cerebral en las áreas de asociación pre frontal, parietotemporal y límbico, especialmente en la primera; y su alteración esta estrechamente relacionada con la disfunción ejecutiva.

Existe una estrecha relación entre la atención, la memoria y el control de la acción, las cuales están integradas dentro de un mismo sistema funcional denominado “Sistema Atencional Supervisor (SAS)”, quien comanda la **función ejecutiva**.

El SAS permite los comportamientos en los que existe una demora entre el estímulo y la respuesta, en otras palabras, se encarga de la “planificación, programación, regulación y verificación de las acciones dirigidas a una meta”.

Las fallas es este sistema atencional supervisor se asocian neuroanatomicamente a una disociación fronto temporal.

Por otra parte, vemos en los pacientes con patología dual la correlación de estas alteraciones cognitivas y en especial en la esfera ejecutiva, con los síntomas negativos de la enfermedad.

De esta manera, se observa una mayor recurrencia de abulia, apatía y anhedonia, evidenciada en la disminución de la propositividad, de la voluntad y del deseo por las cosas, así como también, en el rango emocional disminuido, en la afectividad embotada y en la pobreza del lenguaje. Toda esta situación agudiza el defecto en las acciones intencionales.

En el área del **lenguaje** encontramos el mayor déficit a nivel semántico (pensamiento abstracto) y sintáctico (desorganización conceptual), aunque también la fluencia se caracteriza por la falta de espontaneidad y presencia de relaciones deficientes.

En los casos más graves se observan dificultades en la síntesis y organización de la información para lograr un discurso con coherencia gramatical.

Acerca del programa de Rehabilitación Neurocognitiva

Los beneficiarios del programa diseñado fueron todos los pacientes con patología Dual (F 19.2x comórbidos con F 20/29 según DSM IV) pertenecientes al programa de rehabilitación en drogodependencias de Proyecto Uno, los cuales se encontraban realizando su tratamiento en el dispositivo de Comunidad Terapéutica.

Como requisito de participación los pacientes debían estar compensados en su cuadro psiquiátrico de base, abstinentes en el consumo de sustancias tóxicas, adherentes al plan farmacológico y adaptados a las actividades terapéuticas de la CT.

Las fases del programa siguieron los criterios de intervención de la Neuropsicología, incluyendo una primer fase de evaluación del déficit y capacidades conservadas mediante la administración de una batería diagnóstica; un segundo momento de implementación de las técnicas de estimulación cognitiva; y una tercer fase de re test de evaluación y medición de mejoras.

Se confeccionó un protocolo para cada paciente con sus datos de filiación, anamnesis, cuestiones significativas de su enfermedad, estudios de neuroimágenes, y técnicas Neurocognitivas de evaluación.

Las técnicas utilizadas fueron el MMSE (Mini mental State examination) para evaluación general del déficit (orientación, lenguaje y ejecución), Test de Bender y TDR (test del dibujo del reloj) para viso percepción y viso construcción respectivamente; Toulouse para atención y concentración, y Sub escalas de Weschler para memoria auditiva y working memory.

La ejecución del programa se realizó durante seis meses, con 64 sesiones de trabajo programado con actividades recreativas e intelectuales, por un tiempo de 1 hora treinta minutos cada sesión. La coordinación estuvo a cargo de un neuropsicólogo y un auxiliar.

La modalidad del programa diseñado fue la de **taller recreativo intelectual**. Recreativo, pues incluye técnicas de juego, esparcimiento y competitividad entre los pacientes. Este último concepto es nuclear dentro de la metodología propuesta ya que contiene el elemento motivacional necesario para estimular el interés, la participación y por ende la disminución de la abulia de los pacientes.

Otro concepto interesante que surgió durante la implementación del programa fue la creación por parte de los pacientes de un blog donde subían en forma semanal el material que ellos iban trabajando durante las sesiones. Esta situación incluía relatos, poesías, cuentos, los campeonatos de los distintos juegos que realizaban e implicaba además del trabajo sobre las áreas de lenguaje y ejecución deterioradas, el intercambio social y la experiencia subjetiva de compartir su producción con otras personas ajenas a esta instancia.

Los juegos utilizados fueron: Tutti frutti, Memotest, Pictionary, crucigramas, domino, cartas y adivinanzas. Sobre cada uno de ellos los pacientes participaron en una competencia y los ganadores fueron premiados.

En cuanto a lo Intelectual, diseñamos un programa de ejercicios y técnicas de aprendizaje asociadas a las diferentes áreas afectadas.

Estos se centraron en una primer fase en la lectura de cuentos y diarios (noticias de interés elegidas por cada participante) donde se trabajó la evocación de recuerdos y detalles de los trabajado en cada sesión, la síntesis mediante el resumen (discriminación de la idea directriz y derivadas) la redacción y comprensión de texto.

En una segunda fase el trabajo intelectual se focalizó en cuestiones más abstractas; cálculo y lógica (ejercicios matemáticos, física simple y pensamiento lateral).

Luego de la implementación del programa taller durante estos seis meses, todos los pacientes duales fueron reevaluados y se compararon los resultados entre ambas técnicas (pre y post programa). Todos los resultados fueron cuantificados y cotejados mediante gráficos de evolución en cada paciente. Por ultimo se realizo un promedio entre

el rendimiento de todos los pacientes en cada área cognitiva al principio y al finalizar el programa, cuyos resultados se encuentran implícitos en este trabajo.

Al analizar las alteraciones cognitivas mas frecuentes en la patología dual, inferimos que las técnicas propuestas para la estimulación y rehabilitación cognitiva que posibilitarían:

- La mejora en la transferencia de información entre las distintas funciones del sistema: atención, memoria y acción.
- La extracción eficaz de información de la memoria a corto plazo.
- El recuerdo del material escrito y leído.
- El progreso en la utilización de estrategias de codificación y organización de la información.
- Una mayor filtración de estímulos distractores.
- Una mejor y adecuada integración perceptiva.
- Mejoría en la asignación de los recursos atencionales durante el proceso cognitivo.
- El trabajo sobre aspectos negativos de la enfermedad, en especial sobre la esfera volitiva.
- Algún tipo de evolución sobre las zonas del cerebro afectadas.

En relación al tratamiento farmacológico

Algunos pacientes vinieron con planes psicofarmacológicos inespecíficos, lo cuales incluían medicación antipsicótica y anticonvulsivantes mas benzodiazepinas.

Luego del diagnostico de comorbilidad con F 20/29 los pacientes tuvieron dosis iniciales de Olanzapina 15 mg/día durante 5 meses, algunos de ellos Risperidona 4 mg/día durante el mismo periodo. Todos los pacientes recibieron acoplado a los antipsicoticos Valproato de Magnesio en dosis iniciales de 400 mg/día hasta 1,2 gr/día presentando una efectividad importante sobre la disminución de la impulsividad y leves efectos antidepresivos.

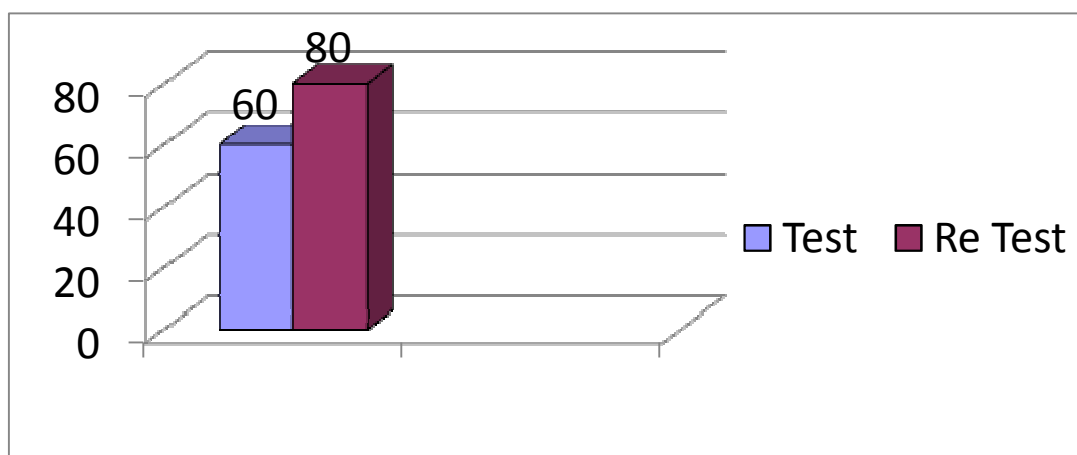
El Valproato fue reducido en el 60% de los casos a 400 mg. a la sexta semana de implementación del programa. Dos pacientes del programa fueron variados a Clozapina.

La mayoría de estos pacientes, al sexto mes de su estadía en CT, aproximadamente en la mitad del programa de rehabilitación neurocognitiva fueron variados a un perfil de antipsicótico más benéfico. El antipsicótico de primera elección fue Quetiapina en un rango de 300_600 mg/día y en segundo lugar Aripiprazol en un rango de 15 mg/día. Se logró la eliminación completa del uso de benzodiacepinas.

Resultados Obtenidos

En primer lugar se observó que el contenido de los trabajos presentados por los pacientes tenía una clara mejoría en su organización interna.

Al realizarse el re test de las funciones visoperceptivas y visomotoras se evidenció que la integración perceptiva había aumentado un 20% (Gráfico N° 1).

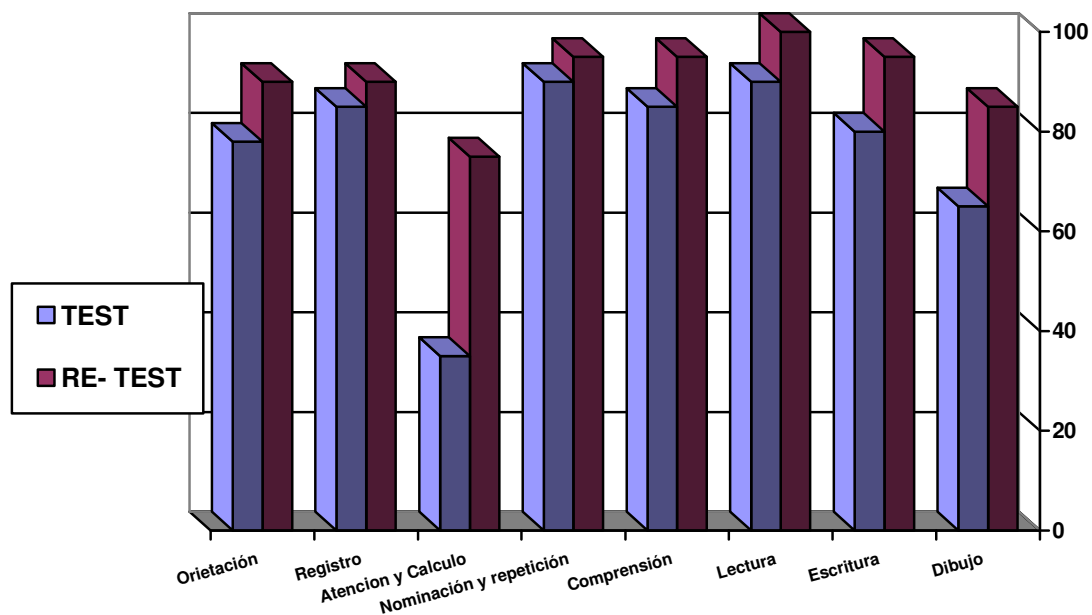


La evaluación de este gráfico (N°1) corresponde a los rendimientos del grupo control, obtenidos en el test de Bender y TDR.

Las subescalas de evaluación del MMSE han mostrado la siguiente ascendencia en la rehabilitación de las funciones cognitivas implicadas:

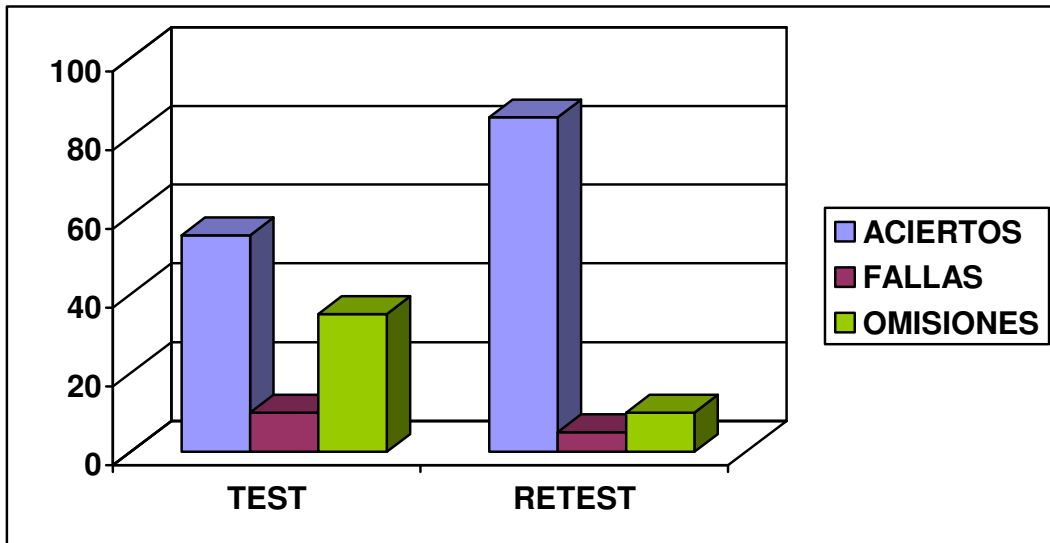
- Orientación 12%
- Registro de la información 5%
- Atención y Cálculo 40%
- Recuerdo 5%
- Lenguaje 10%

- Construcción 15%



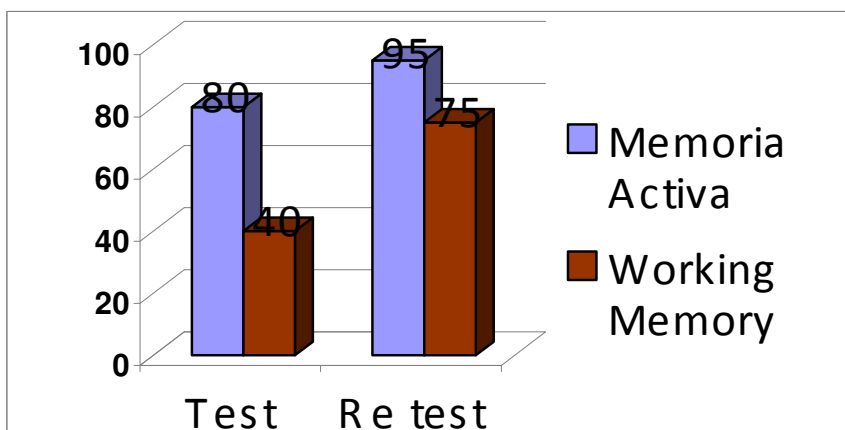
Los pacientes que completaron el programa han mejorado notablemente su producción ocupacional durante su estadía en el dispositivo de rehabilitación. Su funcionamiento ejecutivo en el área de cognición social se correlaciono con el progreso del MMSE (Gráfico N°2).

En el área de Atención y Concentración se encontró que el número de aciertos entre la muestra y la re evaluación luego de la administración del programa había aumentado en un 30%. Además el porcentaje de fallas se redujo en un 5% y el de omisiones un 15% entre una y otra instancia. (Grafico N° 3, los resultados se corresponden con la administración del test de Tolouse, durante la fase previa y post implementación del programa).



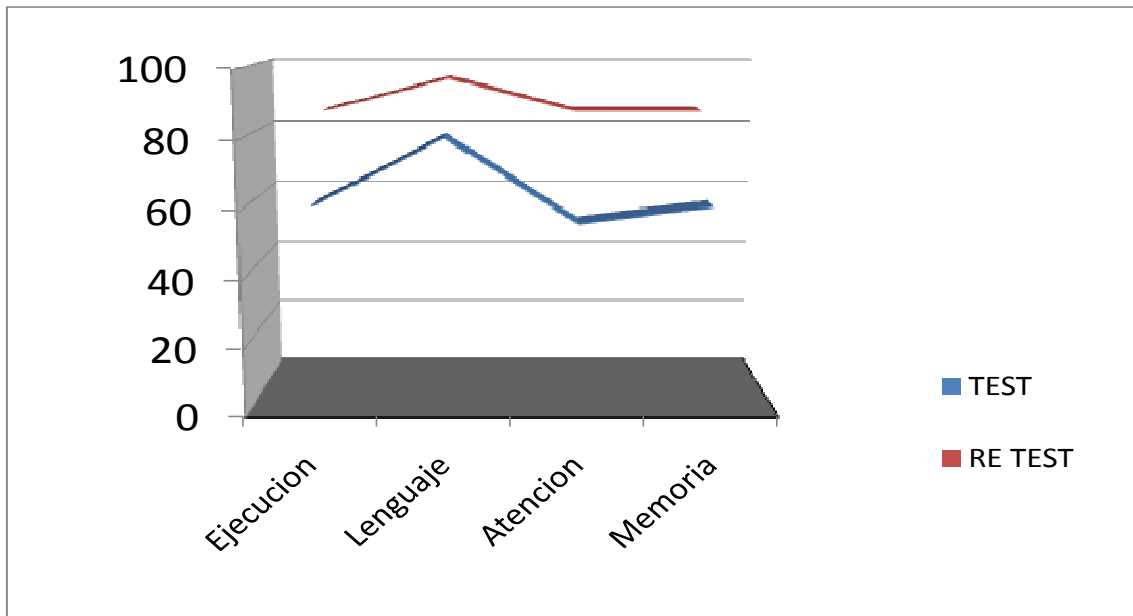
Los resultados de memoria mostraron una tendencia creciente del 15% en memoria activa y del 35% en memoria de trabajo (Gráfico N°4).

✘ Gráfico N°4: **Memoria auditiva y Working Memory.**



En cuanto a la representación de todas las áreas cognitivas estimuladas en el programa taller, se puede observar en el gráfico N° 5 la ascendencia de la correspondiente curva.

✘ Gráfico N°5: **Comparación de Datos**



Conclusiones:

El programa – taller de rehabilitación neurocognitiva ha mostrado una curva ascendente en todas sus áreas de intervención, posibilitando una mejora significativa de las funciones cognitivas superiores: Memoria, Atención, Ejecución y Lenguaje.

Los pacientes de doble diagnóstico que han participado del programa se han beneficiado no solo en la restitución parcial de los defectos cognitivos, sino que además en la remisión parcial de su sintomatología negativa. Éste último punto ha favorecido la disminución de reincidencias en el consumo de sustancias tóxicas.

Las áreas correspondientes a la rehabilitación psicosocial de los pacientes también se vieron modificadas positivamente ya que se observó una mejor organización y planificación de sus ocupaciones diarias (Cognición Social).

Se concluye a partir de estos datos, que la rehabilitación neurocognitiva en su modalidad de programa – taller integrado en el marco global de un tratamiento complejo de la patología dual; brinda nuevas herramientas para el mejor desempeño de los pacientes en su integración psicosocial.

Bibliografía

First, Michael. Año 2001. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

González, Gabriel. Año 2009. "Tratamiento en Comunidad Terapéutica de Pacientes con Comorbilidad en Esquizofrenia/Trastornos Psicóticos y Trastorno por Consumo de Sustancias Ilegales"

Rodríguez, S. De Angelis, D. Año 2008 "Reinserción social en Patología Dual: Caminos Posibles"

Rodríguez, Sebastián Pablo. Año 2007. "El trabajo con pacientes de doble diagnóstico en el dispositivo de Comunidad Terapéutica"

De Angelis, Daniel. Año 2006. "De la impotencia y la incertidumbre, hacia la creatividad y la esperanza"

Suarez, Emilia. Año 2004. "Nuevas rutas neurobiológicas en el tratamiento de la esquizofrenia"

De la Higuera, Jesús. Año 2006. Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia: Estado actual y perspectivas futuras.

Moizeszowicz, Julio. Año 2005. Como tratar el deterioro cognitivo del espectro esquizofrénico en el largo plazo".

Vargas, Martín. Año 2008. "Posibilidades de rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia".

