
Anosognosia en el traumatisme cranioencefàlic greu: revisió, valoració i proposta d'intervenció.

Treball Final de Màster Neuropsicologia

Autor/a: VANESSA OLAYA TARRÉ Director/a: CELESTE APARICIO

16/01/2018

Anosognòsia en el traumatisme cranioencefàlic greu: revisió, valoració i proposta d'intervenció.

Resum

En el present treball es busca aprofundir en el concepte d'anosognòsia en pacients amb dany cerebral adquirit, concretament per traumatisme cranioencefàlic. Aquesta és una alteració present en diverses malalties o trastorns d'etiologia neurològica. Es van cercar articles i estudis en població espanyola, per a poder conèixer més a fons el terme anosognòsia, conceptualitzant-lo com a dèficit i definint-lo com a factor de mal pronòstic davant la recuperació i participació del pacient en el procés terapèutic. Es presenten els autors i models teòrics que han intentat aportar una explicació al fenomen al llarg dels anys d'investigació, per després entrar a parlar d'anosognòsia en dany cerebral adquirit així com els factors que poden determinar-la i mantenir-la. Es plantegen les diverses formes d'avaluació i els instruments més utilitzats per a fer-ho, marcant seguidament algunes línies per a la intervenció en aquesta alteració. El treball no es pot oblidar d'exposar els efectes que la presència d'anosognòsia té en els familiars i entorn més proper de les persones afectades. Finalment i en la proposta d'intervenció, s'exposarà el cas pràctic, on el pacient sembla presentar, després de 15 anys, alteracions en la consciència de dèficit, l'avaluació del seu perfil neuropsicològic, la valoració de l'anosognòsia amb la participació dels seus familiars i cuidadors professionals, i es farà una primera aproximació a una possible proposta d'intervenció per al cas, en base als resultats obtinguts.

Paraules clau

Anosognòsia, dany cerebral adquirit, rehabilitació neuropsicològica, autoconsciència, traumatisme cranioencefàlic, falta de consciència de dèficit.

Abstract

In this paper we are looking to deepen into the concept of anosognosia in patients with acquired brain damage, specifically for cranioencephalic traumatism. This is an alteration present in various diseases or disorders of neurological etiology. Articles and studies were searched in the spanish population, to be able to get to know more about the term anosognosia, conceptualizing it as a deficit and defining it as a factor of poor prognosis in the recovery and participation of the patient in the therapeutic process. The authors and theoretical models that attempted to provide an explanation to the phenomenon during the years of investigation are presented, then to talk about anosognosia in brain damage and the factors that can determine and maintain it. The various forms of evaluation and the most widely used instruments are presented to do so, following a few lines for the intervention in this alteration. The work can not be forgotten to expose the effects that the presence of anosognosia has in the family and the closest environment of the people affected. Finally, in the intervention proposal, the practical case will be presented, where the patient appears to have, after 15 years, alterations in the deficiency consciousness, the evaluation of their neuropsychological profile, the evaluation of the anosognosia with the participation of family members and professional carers, and a first approach to a possible intervention proposal for the case will be made, based on the results obtained.

Key words

Anosognosia, brain injury, neuropsychological rehabilitation, acquired brain damage , self-awareness.

ÍNDEX

| | |
|---|-----------|
| 1. JUSTIFICACIÓ | 5 |
| 2. OBJECTIUS DEL TREBALL | 6 |
| 3. METODOLOGIA UTILITZADA | 7 |
| 4. COS DEL TREBALL | 8 |
| 4.1 Concepte d'anosognòsia | |
| 4.2 Models teòrics de falta de consciència de dèficit en dany cerebral adquirit | |
| 4.3 Anosognòsia i dany cerebral adquirit: Traumatisme cranioencefàlic, altres patologies neurològiques i factors que poden determinar-la | |
| 4.4 Avaluació de l'anosognòsia | |
| 4.5 Intervenció en anosognòsia | |
| 4.6 L'anosognòsia en traumatisme cranioencefàlic i la seva influència a nivell familiar i social | |
| 5. DISCUSSIÓ | 17 |
| 6. CONCLUSIONS | 19 |
| 7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES | 20 |
| 8. PROPOSTA D'INTERVENCIÓ | 22 |
| 8.1 Presentació del cas | |
| 8.2 Interpretació dels resultats | |
| 8.3 Planificació de la intervenció i contingut de les sessions | |
| ANNEX 1 | 27 |

1. Justificació

El dany cerebral adquirit (DCA) en persones inicialment sanes, suposa una alteració en la pròpia vida de l'afectat i també en la dels seus familiars i de l'entorn més proper. Els canvis experimentats suposen una alteració de la vida, que acaba modificant present i futur de la persona que ho pateix i dels seus familiars, requerint des de l'inici una intervenció multidisciplinària orientada a disminuir els efectes negatius de la lesió.

Les persones que han patit un dany cerebral, poden experimentar un ampli ventall d'alteracions físiques i neuropsicològiques, sent aquestes últimes les que solen ocasionar les limitacions més discapacitants (García-Molina, Roig-Rovira, Enseñat-Cantalops i Sánchez-Carrión, 2014). Dins de les alteracions neuropsicològiques trobaríem tant les cognitives, com les emocionals i de conducta. En els traumatismes cranioencefàlics (TCE), la presència d'alteracions físiques, cognitives, conductuals i emocionals són presents sempre després de la lesió. En les alteracions cognitives trobaríem dificultats mnèsiques, falta de concentració, fatiga, disminució de la velocitat de processament de la informació (VPI), alentiment motor, disminució de la capacitat de planificació i resolució de problemes, i falta de consciència de dèficit (FCD). És aquesta última la que es considera un factor predictiu de recuperació per al dany cerebral adquirit (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007).

L'anosognòsia, com a alteració neuropsicològica, és la falta de consciència dels propis dèficits, i és un trastorn que apareix amb relativa freqüència després d'un DCA (Colás, Triviño i Chica, 2015). Aquesta alteració influeix de forma negativa en la recuperació i participació del pacient en el procés terapèutic, ja que aquest considera que no presenta dificultats, fent que disminueixi la seva motivació davant les activitats encarades a rehabilitar o estimular part de les funcions preservades que haurien d'actuar com estratègia enfront del dèficit.

L'anosognòsia és un fenomen que comporta incomprensió dels familiar i de les persones de l'entorn, sent complicat entendre que la persona que pateix l'alteració no pugui adonar-se de que no pot realitzar el mateix que feia abans, i per tant, les discussions i retrets en l'entorn acaben sent freqüents. D'aquí la importància que la família sigui un objectiu també a tenir en compte en aquest treball i proposar així, una valoració i intervenció de la seva emoció i conducta vers el pacient.

Un dels instruments més utilitzats per a la valoració de la falta de consciència de dèficit en població espanyola és l'Informe de Competència del Pacient (ICP), versió espanyola del Patient Competency Rating Scale (PCRS) a partir de la discrepància entre les puntuacions del

pacient i les del cuidador principal, ja sigui familiar o professional (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007).

Molts són els autors que han proposat models teòrics per a explicar i determinar els factors que influeixen en l'aparició i manteniment de l'anosognòsia. De la mateixa manera, s'han realitzat molts estudis en població afectada que aporten llum al tema i propostes de valoració i intervenció.

En el present treball, es pretén aprofundir en el tema de l'anosognòsia en el dany cerebral traumàtic sever, per a posteriorment proposar un pla d'intervenció en base als resultats obtinguts.

1. Objectius

Objectiu Principal

- Aprofundir en el concepte d'anosognòsia.

Objectius secundaris

- Conèixer els diferents mètodes per a avaluar i intervenir en anosognòsia.
- Conèixer i aprofundir en les causes a nivell neuropsicològic i de dany cerebral que afavoreixen l'aparició d'aquesta alteració.
- Incrementar la consciència de dèficit del pacient amb TCE greu.
- Proposar un pla d'intervenció per a anosognòsia en TCE greu.

2. Metodologia utilitzada

Per a centrar la cerca en el tema que interessava treballar, les paraules claus que es van utilitzar en els diferents cercadors van ser: anosognòsia, anosognòsia y DCA, anosognosia en daño cerebral, rehabilitación de la anosognosia, anosognosia and brain injury, rehabilitación de la anosognosia, déficit de conciencia, anosognosia + traumatismo craneoencefálico.

Els següents buscadors van ser els utilitzats per a extreure la bibliografia utilitzada en el treball.

Google. Es van visualitzar 264.00 resultats amb la paraula anosognòsia, per a reduir el resultat es va centrar la cerca a anosognosia y DCA, els resultats es van reduir a 6.200 llistats en pàgines de 20 resultats.

Google Acadèmic. Es van obtenir 1.090 documents en la primera cerca amb ANOSOGNOSIA, utilitzant el filtre per a pàgines en espanyol. Es va reduir el resultat a 599 documents utilitzant anosognosia en daño cerebral. En aquesta cerca molts documents feien referència a rehabilitació en DCA. Es va continuar buscant amb rehabilitación de la anosognosia i van sortir 505 resultats.

Pubmed. El primer terme introduït va ser anosognosia, obtenint 3878 resultats. Es va limitar més la cerca amb anosognosia and brain injury, apareixen 268 resultats.

Dialnet. 28 resultats amb el terme anosognosia van ser els obtinguts, però molts anaven lligats a la malaltia d'Alzheimer. La segona cerca es va fer amb rehabilitación de la anosognosia obtenint 6 documents sense massa interès. Amb anosognosia i daño cerebral adquirido, van apareixen 3 documents, amb informació rellevant. Es va cercar per déficit de consciència, obtenint 128 resultats en total.

Scopus. La primera cerca es va fer amb el terme anosognosia, trobant 1.241 documents. Limitant la cerca en anosognosia and brain injury, van ser 461 resultats els obtinguts. Es van utilitzar els filtres limitant la cerca només a documents de Prigatano i a publicacions referides a la psicologia i les neurociències, aconseguint ara 9 documents totals.

Es va fer cerca també en revistes especialitzades:

neurologia.com. 3 resultats van ser els obtinguts amb el terme anosognosia, però en malaltia d'Alzheimer. Canviant a anosognosia + traumatismo craneoencefálico es van obtenir els mateixos resultats Fent ara anosognosia i daño cerebral van sortir 495 títols totals. A través d'anosognosia and treatment, es van obtenir 4 resultats sense rellevància.

Papeles del Psicólogo. Cap cerca feta amb anosognosia, rehabilitación en la anosognosia i anosognosia i daño cerebral, va donar resultats.

Les últimes cerques en totes les bases de dades es van fer el dia 2 de gener de 2018.

3. Cos del treball

4.1 Concepte d'Anosognòsia

L'anosognòsia és un terme proposat per Babinski el 1914 després de les observacions fetes amb pacients hemiplègics (Martínez, 2007), i que fa referència a la falta de consciència dels propis dèficits (Colás, Triviño i Chica, 2015). Aquesta alteració és comuna després de que es produeixi algun dany cerebral (Vuilleumier, 2004) i la podem observar en múltiples patologies

neurològiques (Martínez, 2007). Forma part de les seqüeles que posteriorment els pacients solen experimentar (Colás, Triviño i Chica, 2015). Tot i la seva freqüència, aquesta alteració resulta incompressible moltes vegades per l'entorn més proper de la persona afectada ja que la seva naturalesa complexa i multifactorial fa que es barrejin termes neurològics, cognitius i motivacionals, així com factors clínics, que la fan complicada d'explicar (Vuilleumier, 2004).

Les persones que pateixen anosognòsia fallen en el reconeixement de la seva pròpia discapacitat (Turnbull, Evans i Owen, 2005). Al no reconèixer les seves dificultats, el seu pensament i conducta continua sent com abans de que es produís la lesió (Colás, Triviño i Chica, 2015), essent una falsa percepció de normalitat i intentant realitzar tasques que superen les seves capacitats actuals (Ariza, Pueyo i Serra, 2004).

Quan passa això i es produeix un error, la majoria de pacients intenten justificar-ho en base a altres factors, fent-ne una negació o justificació (Colás, Triviño i Chica, 2015). Hem de tenir en compte doncs quina és la personalitat premòrbida del pacient ja que l'anosognòsia és un símptoma neurocognitiu després d'una lesió i les reaccions psicològiques de defensa que el pacient ja utilitzava abans i que estan lligades a la seva personalitat i experiències prèvies (Noé, 2012).

En l'anosognòsia també, es poden diferenciar característiques negatives, com serien la confusió, la pèrdua de memòria, dèficits executius, dèficits mnèsics de recuperació i errades en el monitoratge propi i de l'entorn; i també característiques positives com, les confabulacions enganyoses, les explicacions fantàstiques d'alguns dèficits, ús de metàfores i simbologies d'algunes confabulacions. (Sánchez, 2009).

4.2 Models teòrics de falta de consciència de dèficit en dany cerebral adquirit.

Diferents autors han proposat explicacions teòriques a l'aparició de la FCD després d'un DCA (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007).

1. Langer i Padrone, 1992. Parlen de diferents causes, entre elles les conseqüències directes del DCA per les pròpies alteracions neuropsicològiques, falta d'implicació emocional, minimització dels dèficits explicada pel dèficit neuropsicològic i els mecanismes psicològics, i una negació del dèficit sense causa neuropsicològica.
2. Giacino i Ciceron, 1998. Estableixen diferència entre la presència de FCD per causes neurològiques davant d'altres de tipus psicològic/psiquiàtric.

3. Visser, MEyboom de Jong i al., 2002. Els pacients amb lesions a l'hemisferi dret consideren menys freqüents els canvis i severitat, en front de la opinió dels seus familiars.
4. Stuss, 1991. Pacients amb dany frontal entenen la serietat de la seva situació però no mostren un interès real cap a la gravetat de la implicació en la seva vida diària.
5. Altres estudis i autors. Consideren que la FCD va associada a la presència de desorientació i dèficits de memòria.
6. Giacono i Cicerone, 1998. Valoren 3 possibles hipòtesis que poden influenciar en l'aparició d'aquesta alteració. Per una banda, el dèficit de memòria estaria implicat ja que el pacient ha de recordar la seva situació anterior i comparar-la amb l'actual. Els mecanismes psicològics de defensa com la negació, seria el segona hipòtesis considerada en aquest model teòric. Finalment, i la tercera, seria la FCD com a conseqüència directa del dany cerebral i per tant, una causa neurològica associada en més ocasions a la lesió en l'hemisferi dret.
7. McGlynn i Schacter, 1989. Postulen el model teòric de "Mesulam", proposant diferents formes de presentació de la FCD en funció de la situació anatòmica i hemisfèrica de la lesió. La lesió en els lòbuls temporals esquerres comportarien una FCD davant la percepció de dificultats del llenguatge, la lesió bilateral del lòbul frontal determina la FCD del comportament social i funcions executives, i les lesions parietals inferiors estarien relacionades amb la FCD de la percepció espacial. Totes aquestes àrees les van anomenar Còrtex Heteromodal.
8. Prigatano i Altman, 1990. Afirmen que les lesions del còrtex heteromodal pot jugar un paper important després d'anys de la lesió, però ells descarten la diferència de FCD en funció de la zona anatòmica del cervell. Suggereixen però que les lesions bilaterals poden ser més rellevants en l'aparició de la FCD.

4.3 Anosognòsia i Dany Cerebral: TCE, altres patologies neurològiques i factors que poden determinar-la.

Els TCE són la principal causa de mort en població per sota dels 45 anys i a la vegada, les seqüeles posteriors constitueixen la principal causa de discapacitat en població jove que queda en vida després de patir aquest dany (Roig, Enseñat i Bernabeu, 2011).

Tal i com suggereix Prigatano (1991), les alteracions en pacients amb TCE són molt més complexes ja que abarquen diferents aspectes des de les alteracions a nivell físic, cognitiu i també emocional i conductual (Ramírez, 2010).

S'observa però anosognòsia en qualsevol alteració que afecti al sistema nerviós central (SNC), així com la malaltia d'Alzheimer, accidents vasculocerebrals (AVC), esquizofrènies ... (Ramírez, 2010) i d'entrada, apareix en els primers moments de la lesió però no acostuma a allargar-se més del primer any (Martínez, 2007).

En les seqüeles del TCE s'observen freqüentment pèrdua de consciència dels propis dèficits o una falta d'habilitats per a percebre els canvis en les funcions cognitives o en la conducta, inclús per reconèixer les seves emocions que també quedaran alterades i apareixerà freqüentment la irritabilitat, impulsivitat, exigències per inflexibilitat de pensament...(Ariza, Pueyo i Serra, 2004). Estudis realitzats en pacients amb diferents nivells de severitat de TCE demostren la presència de FCD en els afectats, entre un 33 i un 52% de prevalença (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007), amb dificultats d'adaptació als seu estat actual, percepció errònia de la seva recuperació, etc. (Ruiz, Pedrero, Gálvez, Fernández i Lozoya, 2015), limitant així la seva interacció social, dificultat la reincorporació a les seves tasques productives i interferint també en el treball de neurorehabilitació (Ramírez, 2010). En un 52% de pacients amb FCD aquesta es mantenia 7 anys després de la lesió (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007).

A nivell conceptual, l'autoconsciència és aquella funció cerebral que permet donar sentit a les experiències individuals i subjectives que cadascú té de la realitat actual, i situa la realitat passada, sorgint el coneixement d'un mateix amb les experiències vitals de cadascú i expressar-ho a través del llenguatge (Ramírez, 2010), sent el nostre propi objecte d'atenció. Prigatano i Schacter, 1991, fan una definició de consciència sent la "capacitat per a percebre'ns a nosaltres mateixos de forma relativament objectiva, mantenint un sentit de subjectivitat (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007).

La FCD en el dany cerebral es pot classificar en 3 nivells: (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007)

1. Coneixement objectiu o consciència de dèficit (*es valora amb qüestionaris específics*).
2. Coneixement de les implicacions funcionals que els dèficits tenen sobre el funcionament en la vida quotidiana (*es valora mitjançant observació directa del pacient*).
3. Habilitat per establir objectius realistes a curt i llarg termini, sent conscient del dèficits i aplicant alternatives per a l'adaptació. (*es valora mitjançant observació directa del pacient*).

Diversos estudis han volgut determinar la localització hemisfèrica i anatòmica de la lesió, ja que aquest fet pot ser determinant en l'aparició de l'anosognòsia.

El 1914, Babinski feia observacions amb pacients amb hemiplegia esquerra i va insinuar la possibilitat de que l'anosognòsia estigués lligada a les lesions en l'hemisferi dret, ja que aquesta falta de consciència de dèficit s'incrementava un 36% de prevalença si la lesió era en aquest hemisferi (Martínez, 2007). L'autoreconeixement ha estat lligat principalment a l'hemisferi dret davant l'activació del còrtex prefrontal dret durant la percepció de la nostra pròpia imatge corporal (Ramírez, 2010). Així, Ownsworth i altres autors l'any 2002, ja vam proposar que l'anosognòsia era conseqüència d'un dany bilateral prefrontal, tot i que principalment en el costat dret (Ramírez, 2010).

Babinski també va veure també que aquest dèficit neurocognitiu no estava relacionat amb l'edat o sexe del pacient, i que sí podia tenir relació amb una major severitat de la lesió (Martínez, 2007).

Segons Babinski, si l'anosognòsia es cronificava és per què hi havia una heme negligència esquerra (Martínez, 2007).

Per altra banda, l'afectació dels circuits i estructures cerebrals vinculades a l'autoconsciència estan vinculades també al lòbul frontal (Noé, 2012), diverses hipòtesis consensuades ho confirmen (Ramírez, 2010) donat que persones amb lesió en l'escorça prefrontal presenten aquest fenomen. Trobem en aquesta línia, autors que parlen de com les lesions localitzades en el lòbul frontal, el lòbul parietal i els ganglis de les bases, justificaven alteracions en la consciència del dèficit motor (Martínez, 2007), trobant que el trastorn ha estat àmpliament diagnosticat en lesions subcorticals com el tàlem o els ganglis basals.

El que sí sembla confirmar-se és que les lesions en diferents parts del cervell, provoquen anosognòsies diverses, exemplificant anosognòsies motores o cognitives (Colás, Triviño i Chica, 2015).

Els dèficits en autoconsciència inclouen dificultats per a monitorar la pròpia conducta, poca consciència i introspecció de les habilitats interpersonals, i escassa percepció de l'impacte de les alteracions sobre els altres (Ramírez, 2010). Un cop al pacient se'l confronta amb aquesta realitat, apareixen els sentiments de recel davant nous treballs i tasques amb ells, i perplexitat cognitiva al proporcionar-li el feedback sobre la conducta i limitacions (Ramírez, 2010).

Dels factors que poden determinar l'aparició i manteniment de l'anosognòsia i que han estat objecte d'estudi en molts treballs són la localització hemisfèrica de la lesió, localització

anatòmica, severitat inicial de la lesió i temps transcorregut des del dany cerebral (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007).

La severitat de la lesió es mesura amb l'Escala del Coma de Glasgow (GCS), en la que una puntuació igual o inferior a 8 punts, marca un dany cerebral sever. El 1998, Prigatano i altres autors van liderar un estudi amb població espanyola, valorant aquest grup de pacients amb l'instrument ICP. Els resultats van mostrar que un 40% de pacients amb dany cerebral sever sobreestimaven les seves capacitats i que per tant, confirmava que la severitat està lligada a la FCD posterior (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007), a més a més, es situa també la variable temps com a factor de recuperació en un DCA, ja que a mesura que passa el temps sembla produir-se un increment en la consciència de les limitacions per part del propi afectat. El que sí sembla no tenir de moment acceptació, és la localització anatòmica frontal de la lesió, per a l'aparició de l'alteració de FCD (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007).

4.4 Avaluació de la Anosognòsia

Les dificultats per a la valoració de l'anosognòsia són ben conegudes però tot i així, diferents estudis proposen diferents mètodes per a avaluar la presència d'anosognòsia: comparar les auto-qualificacions dels pacients i els resultats posteriors en la tasca demanada, qüestionaris d'auto-resposta, entrevistes estructurades, i la comparació de l'estimulació del dèficit percebut pels pacients i comparat amb el del seu familiar o terapeuta. (Ramírez, 2010).

Generalment, és l'administració de qüestionaris o inventaris de símptomes a informadors fiables, ja sigui familiar o altre cuidador principal, que permet el càlcul de la discrepància com a mesura de l'anosognòsia (Ruiz, Pedrero, Gálvez, Fernández i Lozoya, 2015) mitjançant la diferència de puntuacions que proporciona el pacient i la que proporciona el seu familiar en resposta a les preguntes formulades (Martínez, 2007). És en aquest mètode on trobaríem presència d'anosognòsia si el pacient presenta qualificacions més altes o positives que les del seu informant, sent interpretables les diferències com alteracions en l'autoconsciència. Un qüestionari que ens podria donar aquesta mesura és el Patient Competency rating scale (PCRS), un dels més representatius (Ramírez, 2010) i que té traducció a espanyol amb el ICP (Inventari de competències del pacient) amb la versió pel pacient i també per al seu familiar (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007). L'ICP determina la presència o absència de dèficit a partir de les discrepàncies en puntuacions entre el qüestionari del pacient i el del familiar o cuidador. Es confirmaria que hi ha presència de falta de consciència de dèficit quan les diferències en les puntuacions en els 2 qüestionaris és major de + 5 punts. Es parlarà d'una adequada consciència de dèficit si aquesta diferència puntua en 5 punts +/- . Una puntuació

per sobre de -5 punts, ens informarà de un pacient que subestima les seves capacitats. L'ICP és un dels qüestionaris més utilitzats per a la valoració de la anosognòsia, amb una fàcil i ràpida administració. (González, Paúl, Blázquez i Rios, 2007)

Tal i com veiem en l'article de Ruiz, Pedrero, Gálvez, Fernández i Lozoya (2015), històricament s'havia utilitzat el qüestionari DEX (Dysexecutive Questionnaire) però en alguns estudis de validesa en població espanyola general i clínica, es va observar baixa propietat psicomètrica per a la valoració de l'anosognòsia.

Es va provar també el Frontal System Behavioral Scale (FrSBe) que incloïa una mesura global d'alteració frontal, però tampoc es van confirmar les propietats psicomètriques.

Un altre instrument és el ISP (Inventari de Síntomes Prefrontals) que utilitza una escala Likert (0 – mai / 4 sempre). Abans s'utilitzava per a les queixes subjectives de memòria i perfils neuropsicològics en trastorns de personalitat, però que ara es vol determinar la seva utilitat clínica en població espanyola amb lesions i malalties neurològiques per intentar establir-ho com a instrument de valoració de l'anosognòsia. Els resultats finals posen en evidència com els pacients amb dany cerebral i demències degeneratives, declaren menys símptomes d'etiologia prefrontal que els seus informadors pròxims.

Aquestes escales de valoració ajudarien al terapeuta a determinar el grau de recuperació i capacitat d'incorporació al treball de les persones amb TCE en el cas que les seves seqüeles posteriors li permetin fer-ho.

4.5 Intervenció en Anosognòsia

La rehabilitació neuropsicologia ha incorporat la necessitat d'abordar els problemes d'autoconsciència en pacients amb DCA (Colás, Triviño i Chica, 2015), donada la importància i afectació que aquesta té en la vida funcional i diària del pacient.

La intervenció en anosognòsia és un procés llarg que d'entrada, requerirà d'una bona aliança terapèutica entre pacient i professional. (Colás, Triviño i Chica, 2015) ja que aquesta falta de consciència de dèficit es considera un factor de mal pronòstic per a la rehabilitació donat que disminueix la motivació pel canvi ja que la persona no el creu necessari, marcant-se metes poc realistes i no seguint les recomanacions del terapeuta, fent que disminueixi així, l'adherència al tractament (Colás, Triviño i Chica, 2015).

La intervenció en anosognòsia consistirà moltes vegades, en un maneig terapèutic de les emocions derivades del trastorn (apatia, ansietat, frustració...) juntament amb el treball amb la família i l'entorn més proper (Colás, Triviño i Chica, 2015).

Hi ha però, alternatives individuals i grupals que ajudaran a millorar les funcions cognitives dels pacients. Tal i com hem parlat en apartats anteriors, en l'anosognòsia poden aparèixer negacions, justificacions i asseveracions, pròpies del trastorn i que han de poder-se modificar per tal d'incrementar la consciència de dèficit del pacient. Per aturar les negacions, necessitaríem confrontar al pacient amb les seves pròpies limitacions. Per a disminuir les justificacions, haurem d'aconseguir que el pacient reconegui que el que li passa és fruit de la pròpia lesió. Per últim, parar les asseveracions es faria mitjançant l'ajuda al pacient per adaptar-se a la nova situació (Noé, 2012).

Per altra banda, podem ampliar la varietat dels programes per intervenir en anosognòsia. Tots els programes que a continuació s'anomenaran, inclourien un o altre: orientació holística, psicoteràpia, aproximacions compensatòries i facilitadores, experiències estructurades, retroalimentació dirigida, retroalimentació amb videograbació, tècniques de confrontació, teràpia cognitiva, teràpia de grup, jocs i intervencions conductuals.

Els programes i els seus autors són: Rehabilitació neuropsicològica holística (Prigatano, 1986), Neurorehabilitació holística en comunitat (Coetzer, 2008), Re-entrenament cognitiu diari (Klonoff, 1989), Programa basat en la assumpció (Sherer, 1998), Model de Piràmide (Barco, 1991 i Crosson 1989), Model interactiu, dinàmic i comprensiu de consciència (Toglia i Kirk, 2000), SOCIAL (Beauchamp i Anderson, 2010 (Ramírez, 2010).

Hem de tenir en compte però, que sigui quina sigui la intervenció que proposem, és necessària la inclusió de factors socials i mediambientals (Ramírez, 2010).

Per últim, "*L'escalada de consciència*" (Caballero, Ferri, Garcia, Chirivella, Renau, Ferri i Noé, 2007) és un instrument per a la millora de la consciència en la malaltia en pacients amb DCA. Aquesta proposta centra l'atenció en rehabilitar i ajustar les expectatives. Es presenta l'instrument d'intervenció com una eina lúdica en tractament grupal (entre 3 i 7 pacients) i individual tant de la malaltia com de les seves seqüeles, en format de joc de taula i on s'intenta incrementar la motivació dels pacients per a participar d'aquest. La durada aproximada és de 60 a 90 minuts, i són 2 els terapeutes que participen en la sessió per a facilitar la auto-observació i la dinàmica de grup. L'estudi de "*l'escalada de consciència*" aplicada a diferents grups de pacients mostra la eficàcia d'aquesta eina lúdico-educativa. Donat que en espanyol hi ha poc material per a treballar la falta de consciència de dèficit en pacients que han patit un dany cerebral, els resultats de l'estudi realitzat es van considerar positius. L'eina desenvolupada permet adaptar el joc a altres patologies cerebrals que també cursin amb anosognòsia.

Finalment, comentar també que les diferents intervencions terapèutiques dirigides a treballar l'anosognòsia en DCA que s'han fet fins ara, han anat en la línia de la intervenció psicoeducacional juntament amb l'entrament d'habilitats socials amb role-playing i grups d'ajustament personal, tot, en format grupal. (Caballero, Ferri, Garcia, Chirivella, Renau, Ferri i Noé, 2007).

Després de qualsevol intervenció que fem per a corregir el dèficit de consciència, tindrem davant a un pacient estressat i que haurà xocat de cop i volta amb la realitat, però passat el temps, aquest es situarà en un entorn molt més real i més equilibrat emocionalment que li permetrà seguir de forma molt més tranquil·la la seva vida quotidiana (Noé, 2012).

4.6 L'Anosognòsia en TCE i la seva influència a nivell familiar i social.

Les seqüeles cognitives, emocionals i conductuals després d'un TCE instauren molta preocupació en l'entorn familiar i en el propi afectat ja que són les més discapacitats per a la persona, molt més que les físiques. (Gifre, Gil, Pla, Roig i Monreal, 2015) i són les que millor prediuen el seu estat emocional (López de Arroyabe i Calvete, 2013).

L'entorn social és incapaç moltes vegades de comprendre el per què dels canvis de comportament de la persona amb seqüeles després d'un TCE, disminuït així la vida social (Gifre, Gil, Pla, Roig i Monreal, 2015) de l'afectat i de la seva família. Això repercuteix també negativament en el cuidador el qual pot arribar a uns nivells de sobrecarrega, soledat i incomprensió social que fan incrementar els nivells d'estrès (Gifre, Gil, Pla, Roig i Monreal, 2015). L'aparició de l'anosognòsia dificulta així l'establiment de relacions socials satisfactòries (Noé, 2012) ja que la persona té dificultats en la percepció dels seus canvis de comportament i emoció, i apareix també una falta d'autocontrol i de consciència social (López de Arróyabe i Calvete, 2013) que fa que no sigui capaç de regular-se i es comporta com si estigués dins la normalitat.

Johnson y McCown (1997), proposen 2 efectes en la família de persones amb TCE: Estranyesa: s'instaura un procés de dol per que la persona ja no és aquella que era però no l'han perdut per què continua allà i la sobrecarrega física pel cuidador hi és present, i la Càrrega: que assumeix el cuidador, crònica i constant (López de Arróyabe i Calvete, 2013).

La valoració dels familiars cuidadors també és important a l'hora de plantejar una intervenció neuropsicològica a tots els nivells amb l'afectat i el familiar, i intentar així incrementar el dèficit de consciència fent palès allò que més pot influenciar. Les escales de valoració dels familiars que es podrien utilitzar: Llistat de seqüeles psicològiques percebudes (elaborat per cada equip

professional a partir d'altres qüestionaris com podria ser el The Probem Checklist, Powell 1994), Llistat de seqüeles físiques, Qüestionari de resposta a l'estrès (RSQ) per a familiars validat en població espanyola per Connor-Smith i Calvete, 2004., Escala de depressió de familiar (CES-D) de Radloff, 1977., amb bones propietats psicomètriques en població espanyola, Inventari de Texas revisat per al dol (TRIG) de Faschingbauer, Devaul i Zisook, 1978., i amb versió en espanyol validada (López de Arróyabe i Calvete, 2013).

Tal i com podem llegir després de valoració de familiars amb les escales que anteriorment hem comentat, les seqüeles de canvis en la personalitat i activitat disminuïda s'associen a respostes d'estrès i allunyament del cuidador. Les seqüeles físiques van lligades als sentiments de dol presents en aquell moment en el cuidador (López de Arróyabe i Calvete, 2013). Les seqüeles físiques podrien incrementar la percepció de càrrega a mesura que passa el temps però en les cognitives, aquest pas del temps pot ajudar a crear un reajustament emocional i acceptació, que pot tenir conseqüències més positives per al cuidador i afectat (López de Arróyabe i Calvete, 2013).

En l'estudi de López i Calvete, 2013., s'identifiquen els 5 factors que les persones amb TCE i les seves famílies, contribueixen a millorar la seva qualitat de vida: Suport informal d'amics i familiars, suport professional experts en el tema, tipus de seqüeles que presenta el seu familiar, participació en la vida comunitària i visibilitat social davant els professionals que atenen en els diferents serveis com en els models socials instaurats.

Tot això, fa que sigui necessari un abordatge familiar també davant un pacient amb dany cerebral i presència d'anosognòsia, contribuint a millorar les relacions entre ells i la sobrecarrega emocional del cuidador. Des de fa uns anys, l'estrès i malestar del familiar de persona amb dany cerebral s'hi està prestant més atenció a nivell d'estudis, però encara hi ha pocs treballs en relació a població espanyola sobre aquest tema (López de Arróyabe i Calvete, 2013).

4. Discussió

L'objectiu del present treball era aprofundir en el concepte d'anosognòsia i en concret, l'anosognòsia en TCE greu. Per a aconseguir-ho s'han utilitzat entre 12 i 14 referències bibliogràfiques que han permès conèixer els diferents autors que han treballat en el tema. Babinski va ser el primer en fer observacions el 1914, a pacients hemiplègics esquerres i deduir així la seva relació amb les lesions en l'hemisferi dret. Uns quants anys després, l'any 1998, Giacomo i Cicerone van reafirmar les observacions de Babinski postulant la seva tercera hipòtesis sobre l'aparició de l'anosognòsia. En el canvi de segle, l'any 2002, Visses i Meyboom de Jong entre altres col·laboradors, van considerar també la localització hemisfèrica dreta com a possible factor per a que el pacient considerés menys severes les seqüeles i percebés menys canvis en el seu estat. Però, hi havia altres factors a tenir en compte en l'aparició de l'anosognòsia i així, apareixen autors com Stuss l'any 1991 que parlen del dany en estructures frontals, igual que altres autors i estudis que també ho han considerat un factor rellevant, tot i que dos anys enrere, McGlynn i Schacter proposaven diferents formes de presentació de la FCD en funció de la localització de la lesió, teoria a la que Prigatano i Altmann van descartar l'any següent, i van passar a postular les lesions bilaterals com a més rellevants en la presència del dèficit de consciència. Ownsworth i altres col·laboradors, l'any 2002, redefeixen les aportacions fetes fins llavors, i determinen la lesió bilateral prefrontal majoritàriament al costat dret, com a localitzacions més probables en l'aparició de l'alteració.

Donada la complexitat i varietat de lesions cerebrals després d'un dany traumàtic, altres autors com Langer i Padrone, l'any 1992 o Giacomo i Cicerone 6 anys després, exposen que la FCD va lligada a les pròpies lesions neurològiques com a conseqüència directa del DCA, posicions molt generals i poc específiques, tot i que s'entenen des de la perspectiva que el funcionament del cervell és un tot interconnectat i que si una funció està alterada, aquesta repercutirà en el funcionament de les altres. Una última hipòtesis en quan als factors per a l'aparició del FCD, són els dèficits de memòria que apareixen en pacients amb anosognòsia i que Giacomo i Cicerone marquen també com una de les seves hipòtesis en el seu model teòric de 1998, hipòtesis que altres autors també han volgut estudiar. Val a dir, que en la cerca bibliogràfica, apareixen molts estudis de FCD en pacients amb malaltia d'Alzheimer, on el dèficit de memòria és evident, potser en la línia que la persona no seria capaç de recordar el seu estat anterior i per tant no podria comparar-lo amb l'actual i així detectar les diferències, perdent l'autoconsciència i autoconcepte.

En el manteniment i temporalitat de l'anosognòsia també sembla haver algunes discrepàncies trobades en diferents estudis, si bé és cert que molts d'ells parlen de la presència de l'anosognòsia des de les primeres setmanes de la lesió i durant tot el primer any, en l'article de González, Paúl, Blázquez i Ríos, es presenten resultats on en un 52% de pacients amb FCD aquesta es manté després de 7 anys de la lesió. En tal cas, es podria pensar en un possible manteniment de la alteració en la consciència de dèficit sempre que hi hagi funcions cognitives que presentin dèficit també, sobretot les hipotetitzades com a factors de manteniment com serien la memòria, l'atenció i les funcions executives. Si els dèficits en aquestes es mantinguessin en el temps arribant a cronificar-se, seria possible pensar que trobaríem algun rastre encara de FCD en alguns pacients durant molts anys després.

Sembla doncs que a mesura que passen els anys, les hipòtesis de localització hemisfèrica i anatòmica prenent més força, avalant-se també en estudis que relacionarien l'autoconeixement en l'hemisferi dret i l'autoconsciència en el lòbul frontal.

El per què apareix l'anosognòsia i com es manté, sembla ser encara, un tema actual i amb controvèrsia, deixant lloc per a estudis futurs on es pugui arribar a un quòrum majoritari en quan als factors més rellevants per a l'aparició i manteniment de l'anosognòsia després de un DCA. Així doncs, de la mateixa manera que es planteja la possibilitat de que la cronicitat de les alteracions a nivell cognitiu sigui un factor per al manteniment de la FCD, en un futur i per a pròxims estudis caldria veure si la millora en alguna de les funcions que es consideren implicades en el manteniment de l'anosognòsia, com són la memòria, atenció i funcions executives, farien millorar també la percepció de dèficit del pacient i per tant, aproximar-se més a les puntuacions del cuidador i/o familiar en el ICP.

Per altra banda, el fet que es parli de severitat en la lesió com a factor en l'aparició de l'anosognòsia, fa reflexionar sobre la presència d'aquesta alteració en els TCE lleus o moderats i en poder plantejar estudis sobre aquests casos, on les seqüeles hi són presents però amb menys incidència en la vida del pacient i on podríem suposar dificultats per a veure els petits canvis que es produeixen, partint de com els canvis més evidents després d'un TCE greu, queden obviats per a molts pacients.

5. Conclusions

Després d'aprofundir des de la part teòrica en el concepte d'anosognòsia, la seva avaluació i possibilitats d'intervenció, es poden destacar aspectes importants relacionats amb aquesta alteració.

1. L'anosognòsia es pot trobar en qualsevol malaltia on el sistema nerviós central estigui afectat.
2. En molts estudis s'ha relacionat l'anosognòsia amb la localització de la lesió en l'hemisferi dret i els lòbuls frontals.
3. L'alteració no està relacionada ni amb l'edat ni amb el sexe de la persona que la pateix.
4. L'anosognòsia es presenta sobre tots els canvis produïts en la persona, tant físics, cognitius, emocionals i psicoconductuals.
5. La FCD es considera un factor de mal pronòstic en el pla terapèutic ja que dificulta la motivació per al canvi en el pacient i per tant, l'adherència al tractament.
6. Actualment, el qüestionari més utilitzat per a la valoració de la FCD és el Inventari de Competències del Pacient (ICP), versió espanyola del Patient Competency Rating Scale (PCRS).
7. La FCD s'ha d'incorporar com a necessitat d'intervenció en qualsevol programa de rehabilitació neuropsicològica.
8. Entre les propostes d'intervenció en anosognòsia destaca "*L'escalada de consciència*", amb material lúdic-terapèutic en format de joc de taula, que ha donat alguns resultats positius en població espanyola.
9. La majoria d'intervencions en anosognòsia són en format grupal.
10. És imprescindible incloure la família i l'entorn pròxim dins el procés d'intervenció amb el pacient.

6. Referències bibliogràfiques

- Ariza, M., Pueyo, R. i Serra, JM. (2004). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Anales de Psicología*, vol. 20 (2): 303-316.
- Caballero, MC., Ferri, J., García, MC., Chirivella, J., Renau, O., Ferri, N. i Noé, E. (2007). “Escalada de conciencia”: un instrumento para mejorar la conciencia de enfermedad en pacientes con daño cerebral adquirido. *Rev. Neurol.*, vol. 44 (6) : 334-338.
- Colás, I., Triviño, M. y Chica, A. (2015). Alteraciones de la conciencia tras el daño cerebral adquirido: Una revisión sobre la anosognosia. *Ciencia Cognitiva*, vol.9 (2): 30-32
- Gifré, M., Gil, A., Pla, L., Roig, T. i Moreal-Bosch, P. (2015). ¿Y después del accidente? Las necesidades psicosociales de las personas con traumatismo craneoencefálico y de sus familiares. Institut Guttmann – Hospital de Neurorehabilitació. *Gac Sanit*, vol. 29 (S1): 60-65.
- González, B., Paúl, N., Blázquez, JL. y Rios, M. (2007). Factores relacionados con la falta de conciencia de déficit en daño cerebral. *Acción Psicológica*, vol. 4(3): 87-99.
- López de Arroyabe, E. y Calvete, E. (2012). Daño cerebral adquirido: percepción del familiar de las secuelas y su malestar psicológico. *Clínica y Salud*, vol. 24: 27-35.
- MARTÍNEZ, C. (2007). “Anosognosia”. Dins PEÑA-CASANOVA, J. (autor). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Editorial Médica Panamericana. Pp. 271-280.
- Moraleda, E., Romero, MJ. Y Cayetano, MJ. (2011). Perfil cognitivo de los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave: un estudio a los dos años de evolución. *Rev. Chil. Neuropsicol.*, vol. 6(1): 42-48.
- Noé, E. (2012). Daño Cerebral y conciencia de la enfermedad. Article extret de: www.neurorhb.com
- Ramírez, MJ. (2010). Rehabilitación neuropsicológica de la autoconciencia después de un daño cerebral: una revisión. *Revista de Neuropsicología Latinoamericana*, vol. 2(2): 27-40.
- Ramírez, MJ. (2010). Rehabilitación neuropsicológica de la autoconciencia después de un daño cerebral: una revisión. Universidad Nacional Autónoma de México. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, vol. 2 (2): 27-40.
- Roig, T., Enseñat, A. i Bernabeu, M. (2011). “Traumatismos Craneoencefálicos”. Dins BRUNA, O. (autor). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Editorial Elsevier. Pp. 151-167.
- Ruiz-Sánchez de León, JM., Pedrero-Pérez, EJ., Gálvez, S., Fernández-Méndez LM. y Lozoya-Delgado, P. (2015). Utilidad clínica y propiedades psicométricas del inventario de síntomas prefrontales (ISP) en el daño cerebral adquirido y las demencias degenerativas. *Rev Neurol*; 61(9): 387-394. Departamento de Neuropsicología del Centro de Tratamiento de la Lesión Cerebral LESCER.

Ruiz, JM., Pedrero, E., Gálvez, S., Fernández, LM. i Lozoya, P. (2015). Utilidad y propiedades psicométricas del inventario de síntomas prefrontales (ISP) en el daño cerebral adquirido y las demencias degenerativas. *Rev Neurol*; 61 (9): 387-394.

Sánchez, C. (2009). La anosognosia como posible caso para una aproximación experimental neurofenomenológica. *Rev. Chil. Neuropsicol.*; vol. 4(2): 107-118.

Turnbull, OH., Evans, CE. y Owen, V. (2005). Negative Emotions and anosognosia. *Cortex*; 41(1): 67-75.

Urrútia, G. i Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*; 135(11): 507-511.

Urruticoechea, I., García, M., Iruarrizaga, I. y Muñoz, JM. (1999). La conciencia de los déficits en la rehabilitación de las personas con daño cerebral. *Ansiedad y estrés*, vol. 5 (2-3): 313-325.

Vuilleumier, P. (2004). Anosognosia: the neurology of belief and uncertainties. *Cortex*; 40 (1): 9-17.

7. Proposta d'intervenció neuropsicològica

8.1 Presentació del cas

La proposta d'intervenció neuropsicològica va anar dirigida a un únic pacient afectat DCA. El pacient era un home de 54 anys, de nacionalitat espanyola, casat i amb dos fills, que va patir un TCE greu (GCS 4) durant una jornada laboral, al precipitar-se d'una alçada de 4 metres, feia 15 anys. La caiguda li havia provocat una hemorràgia en tronc encefàlic, nuclis basals drets i lòbul frontal dret, segons les imatges del TAC. Havia estat 1 any i mig en coma, i en el moment de l'ingrés va requerir d'intubació. El pacient presentava una disàrtria moderada, atàxia distònica i poc control motor que l'incapacitaven per a moltes activitats de la vida diària i instrumentals, requerint una cadira de rodes manual per a desplaçar-se. Utilitzava espessant en la seva ingesta de líquids i portava un comunicador alfabètic per si alguna paraula era complicada entendre durant una conversa. Estava incapacitat judicialment i tenia concedit un grau de discapacitat del 86%. El pacient havia estat escolaritzat fins als 16 anys aproximadament. En el moment de l'accident, el pacient treballava com a cap d'obra en el sector de la construcció.

El pacient assistia diàriament des de feia 8 anys a un Centre Ocupacional per a persones amb paràlisi cerebral i discapacitats motrius, i formava part del grup de Revista, on s'editava semestralment un nou exemplar, la conversa i la reflexió sobre temes d'actualitat eren l'activitat diària. En el seu dia a dia en el centre, el pacient manifestava desitjos allunyats de la seva realitat i no coherents amb ell seu estat físic i cognitiu. La seva dona manifestava contínuament esgotament físic i mental amb frases tipus “*No puc més*”, “*Només exigeix, es comporta de forma infantil i és molt tossut*”. La seva esposa s'havia incorporat a treballar feia 3 mesos, abans de l'accident del seu marit era treballadora familiar. El retorn li havia aportat motivació i relacions socials noves. En el mes de setembre, l'esposa del pacient havia iniciat els tràmits per a ingressar al seu marit en una residència per a persones amb discapacitat, en la mateixa ciutat on vivien.

L'objectiu de la intervenció en aquest pacient era treballar per incrementar la consciència de dèficit que semblava presentar i que interferia moltes vegades en el seu dia a dia a casa i al Centre Ocupacional, per tant, era necessari prèviament avaluar aquesta condició i altres com eren les funcions cognitives, l'emocionalitat i la conducta, per veure quins d'aquests factors podien influir també en el seu estat actual i en la seva FCD. Les actituds del pacient provocaven incomprensió i frustració en repetides ocasions al pacient, i mala relació amb els seus familiars i entorn proper.

En la avaluació del pacient (vegeu ANNEX 1) es van tenir en compte la utilització de proves on la implicació grafomotora fos mínima o nul·la per evitar alteracions degudes a la tremolor i descoordinació de moviments que presentava el pacient en la seva mà dominant

8.2 Interpretació dels resultats de les proves

L'exploració neuropsicològica posa de manifest que el pacient està orientat en espai i persona, i semiorientat en temps. El llenguatge està relativament preservat tot i presentar una disàrtria moderada no afàsica. S'observa un llenguatge d'expressió i conversa lliure coherent però que requereix la intervenció del terapeuta per a marcar el ritme de resposta, la fluïdesa verbal està alterada amb presentació de frases curtes i simples, algunes sense connectors. En la denominació, apareixen parafàsies verbals de tipologia semàntica i relacionada, no hi ha presència de parafàsies fonèmiques o verbals no relacionades ni perseveratives. L'accés al lèxic és ràpid, situant-se entre 1 i 2 segons en latència de resposta. La lectura és correcta, bon reconeixement de lletres i paraules comuns amb configuració familiar. Respecta els signes de puntuació que indiquen pausa o parada. No hi ha omissions, substitucions o neologismes. Comprensió lectora preservada. L'escriptura no és valorable ja que es presenta alterada en execució motora per la pròpia dificultat del pacient en la seva mà dominant (dreta), tremolor d'acció i dificultat en el control motor. La lletra lligada empitjora la producció. La parla seriada està conservada, igual que la repetició d'oracions i paraules simples. La comprensió auditiva i escrita està preservada, tant en categories com en oracions. El pacient presenta gran dificultat en atenció sostinguda, selectiva i alternant. En la part B del test TMT s'ha parat l'execució per que el pacient havia perdut la sèrie i no sabia els elements com havien de continuar. No s'ha pogut valorar l'atenció dividida per la dificultat d'accés a les proves d'escolta dicòtica. En la memòria a curt termini visual immediata i diferida, es conserva l'esquema de la figura. La mecànica gràfica està alterada per la falta de control motriu en la mà dominant. En aprenentatge seriati de paraules el rendiment esperat per al grup d'edat i escolarització està al límit de rang acceptat. S'han observat fenòmens de primàcia i recència, i omisió sistemàtica dels elements centrals de la llista. A llarg termini semàntica, baix rendiment. A curt termini immediata auditiva i diferida s'observa un efecte d'aprenentatge i no empitjorament als 5 minuts de record. En memòria de treball els resultats estan situats per sota la línia mitja també per la memòria a llarg termini semàntica.

No hi ha presència d'apràxia. Bona representació mental i abstracció del que se li demana en gestos naturals, gestos convencionals, ús simulat d'objectes i praxis bucofonatòries, a la ordre i per imitació. En visuoopercepció i visuoespacial hi ha una bona execució, els resultats es

situen en un rang superior per damunt la puntuació de tall esperada en la majoria de proves. El pacient es situa en un baix rendiment en les proves de visuoconstrucció.

En les funcions executives, el pacient presenta una velocitat de processament de la informació i inhibició de respostes automàtiques baixa. En l'abstracció, els resultats estan per sota de la puntuació esperada. No pot abstraure el significat de les frases i relacionar-ho amb esdeveniments. La categorització i fluència verbal valorades amb el mateix subtest, la categorització es troba dins el resultat esperat per grup d'edat i escolarització i la fluència verbal està menys preservada. En l'emoció, hi ha puntuacions significatives en ansietat i depressió. L'Índex Barthel per a les activitats de la vida diària situa al pacient en una dependència severa per a la majoria d'activitats. En les instrumentals, el pacient es situa en un rang de dependència molt elevada. Les respostes en la valoració psico-conductual, mostren aparició de conductes com agitació i irritabilitat, apatia i indiferència, i desordres alimentaris amb una freqüència alta i severa. Finalment, en l'avaluació de la falta de consciència de dèficit els resultats mostren una discrepància suficientment significativa (més de 5 punts) entre el pacient i els dos cuidadors, en les respostes del qüestionari ICP, deixant entreveure la presència d'anosognòsia i per tant, requerint la seva intervenció.

8.3 Planificació de la intervenció. Contingut de les sessions.

Veient les alteracions a nivell cognitiu presentades pel pacient en la valoració del seu perfil neuropsicològic i la presència de FCD, la proposta d'intervenció en anosognòsia ha de incloure un treball amb les funcions cognitives alterades, aquelles que en la bibliografia es relacionen com a possibles factors de manteniment d'aquesta alteració. Un pacient amb TCE és un pacient complex i molt heterogeni (Roig, Enseñat i Bernabeu, 2011), d'aquí la necessitat d'una proposta d'intervenció que vagi en la línia d'estimular i entrenar aquelles funcions principals alterades en l'avaluació, per modificar l'autopercepció i l'autoconsciència. A més a més i tal i com s'ha pogut llegir en la bibliografia, el treball amb la família per a arribar a punts de trobada amb el pacient, disminuir l'angoixa i facilitar informació sobre el trastorn, serà també imprescindible en la intervenció amb el pacient.

El pacient del cas fa 8 anys que assisteix a un centre ocupacional però durant aquest temps no ha rebut tractament neuropsicològic per a l'estimulació i l'entrenament de les funcions cognitives, suposant-li un veritable esforç qualsevol tasca amb fort component cognitiu. Per altra banda, en la proposta d'intervenció s'haurà de tenir en compte el no utilitzar o disminuir la quantitat de material amb requeriment grafomotor donada la tremolor i falta de control en la

mà dominant. Després de finalitzar la primera proposta d'intervenció, s'haurà de valorar novament al pacient per a veure si hi ha hagut un canvi, esperant una millora en el rendiment.

Abans però d'iniciar qualsevol intervenció, serà important informar al pacient dels resultats de l'avaluació per a que entengui el per què de la tasca que es farà amb ell, intentant crear una bona aliança terapèutica per a que el pacient faci una correcta adherència al treball i incrementi la seva motivació. La intervenció centrada en la persona, no seguirà cap model d'intervenció establert i intentarà treballar en base als dèficits presentats en l'avaluació i a les característiques i situació ambiental del pacient.

Proposta d'intervenció en anosognòsia i dèficits cognitius

Temporalitat: 9 mesos (de octubre a juny).

Durada de les sessions: 50 minuts.

Freqüència: setmanal (2 sessions per setmana en dies alterns).

Tipus d'abordatge: Entrenament cognitiu.

Objectiu d'intervenció: Incrementar la consciència de dèficit en el pacient.

Tipus d'intervenció: Individual

L'ordre de sessions i presentació dels continguts serà el següent:

1. Feedback dels resultats de la valoració: Es presentaran al pacient i s'explicaran els resultats obtinguts en les proves de valoració. El feedback és important i necessari per a que el pacient prengui consciència de les alteracions que han sorgit en les proves i pugui fer una reflexió sobre la seva sensació en el moment de la valoració i els resultats obtinguts. Màxim 2 sessions.
2. Psicoeducació: Es plantejaran algunes sessions de psicoeducació sobre els trastorns que pateix el pacient i la lesió que els hi provoca. Hi haurà espai per als dubtes, les preguntes i els raonaments. S'utilitzarà material visual que ajudi en la comprensió del que s'explica. La psicoeducació ajudarà al pacient a situar el que li va passar en el moment de la lesió i com això ha afectat a la seva vida posterior. Màxim 3 sessions.
3. Intervencions individuals: Es treballaran principalment 3 blocs de funcions cognitives implicades en la presència i manteniment d'anognòsia segons la bibliografia exposada

anteriorment. **ATENCIÓ** (exercicis de cancel·lació, rastreig i cerca visual, laberints, lectura amb frases alternants...), **MEMÒRIA** (reconeixement de rostres, associació d'informació i cares, aprenentatge de paraules llistades, associació de fets històrics i dates...), **FUNCIONS EXECUTIVES** (selecció i execució de plans cognitius, resolució de problemes funcionals, exercicis de pensament inferencial, categorització, fluència verbal semàntica i lèxica i processos inhibitoris,...).

4. *Intervencions conductuals i emocionals*: Dirigides a establir l'emoció i conducta del pacient. Es treballarà amb exercicis de resposta assertiva, agressiva i passiva, així com amb material específic per al treball en emocions i conducta. S'utilitzaran casos reals i es posarà en pràctica dins de les sessions de revista on habitualment participa el pacient.

5. *Treball en anosognòsia*: Les video-gravacions del pacient realitzant tasques determinades i la posterior visualització és una bona tècnica per que el pacient prengui consciència des d'una visió més externa del que fa i com ho fa. Per altra banda, tècniques de *role-playing* ajudaran en la representació de les accions de la persona, creant un clima crític i de reflexió personal. Serà necessari també treballar sobre les *negacions* (amb tècniques de confrontació del pacient amb allò que diu i el que realment fa), *justificacions* (mitjançant la verbalització i acceptació per part del pacient de les seves alteracions són pròpies del dany cerebral) i *asseveracions* (acompanyament al pacient per a trencar la seva fixació en el discurs).

6. *Intervenció en el context social del pacient*: En aquest tipus d'intervenció serà important també deixar un espai de sessions per a la família. Es farà principalment psicoeducació del trastorn, deixant espai per als dubtes i expressió de les emocions que això els hi pugui generar, sobre el què li va passar i en què repercuteix. Això ajuda a regular i disminuir els sentiments que moltes vegades es generen a l'entorn del DCA i que s'han presentat anteriorment en el treball. Podem oferir també estratègies per a dirigir-se al pacient i per ajudar-lo a incrementar la seva consciència de dèficit, de forma més tranquil·la i realista, evitant crear frustració afegida al pacient. En aquest context social no podem oblidar el treball realitzat amb els professionals que diàriament poden estar en contacte amb el pacient que assisteix a un centre. Amb ells també s'ha de fer psicoeducació per a incrementar la comprensió i extingir frases amb judicis de valor sobre les capacitats i possibilitats de realització d'accions per part del pacient, acompanyant-lo i guiant les seves tasques de forma més adaptada i realista.

ANNEX 1. RESUM DE LES PUNTUACIONS OBTINGUDES EN LA VALORACIÓ NEUROPSICOLÒGICA

ORIENTACIÓ. *Subtest d'orientació de Test Barcelona Revisat – TBR (Peña-Casanova, 1991)*

Persona: 7 (percentil 95)

Espai: 5 (percentil 95)

Temps: 22 (percentil per sota de 5)

LLENGUATGE. *Test per al diagnòstic d'afàsia i test de vocabulari de BOSTON (Godglass i Kaplan, 1986)*

Espontani i expressió

Parla d'expressió: 7/7 (percentil 100)

Espontània: amb ajuda del terapeuta. Preguntes tancades.

Denominació

Resposta de denominació: 10/10 (percentil 100)

Denominació per categories: 12/12 (percentil 100)

Test de vocabulari de Boston: 11/15 (4 parafràses verbals) (percentil 75)

Lectura

Emparellar tipus d'escriptura: 4/4 (percentil 100)

Emparellar números: 2/2 (percentil 100)

Dits de la mà amb números aràbics: 2/2 (percentil 100)

Números aràbics amb patró de punts: 2/2 (percentil 100)

Identificació de paraules: 4/4 (percentil 100)

En veu alta: 15/15 (percentil 100)

Lectura de frases en veu alta: 5/5 (percentil 100)

Record de la lectura: 2/3 (percentil 50)

Comprensió de la lectura: frases i pàrrafs: 4/4 (percentil 100)

Esriptura

No valorable

Repetició i parla seriada

Seqüències automatitzades: 4/4 (percentil 100)

Repetició paraules: 4/5 (percentil 60)

Repetició de frases: 2/2 (percentil 100)

Comprensió

Discriminació de paraules 13,5/16 (percentil 35)

Ordres: 10/10 (percentil 100)

Material ideatiu complex: 6/6 (percentil 100)

ATENCIÓ

Sostinguda. *Subtest Dígits directes WAIS-IV (Weschler)*

Puntuació el dígits directes: 4

PD subtest: 10 / PE: 2 (Mitjana: 9,4 DT: 3,1)

Selectiva. *Trail Making Test (Partington, 1938)*

Part A. 120 segons. 1 error. (+78 segons. Deficitari)

Alternant. *Trail Making Test (Partington, 1938)*
Part B. 1 minut i 47 segons. No finalitza la prova.

MEMÒRIA

De treball. *Subtest Dígits inversos WAIS-IV*

Puntuació el dígits inversos: 6

PD subtest: 10 / PE: 2 (Mitjana: 9,4 DT: 3,1)

A llarg termini semàntica. *Subtest d'informació de la WAIS-IV*

PD: 7 / PE: 6 (Mitjana: 10,9 DT: 3,6)

A curt termini visual. *Subtest de memòria visual - TBR*

Puntuació: 10 (percentil 90)

Reproducció diferida de la figura: 8 (percentil 25)

A curt termini auditiva – aprenentatge. *Subtest narratiu TBR*

Immediata

Evocació: 7 (percentil per sota de 5)

Preguntes: 16 (percentil 30)

Diferida

Evocació: 10 (percentil 15)

Preguntes: 20 (percentil 80)

PRÀXIES. *Test per al diagnòstic de l'afàsia i test de vocabulari de BOSTON*

Puntuació a la ordre

Gestos naturals: 12/12 (percentil 90)

Gestos convencionals: 11/12 (percentil 30)

Ús simulat d'objectes: 24/24 (percentil 90)

Moviments orofonatoris: 12/12 (percentil 90)

Puntuació per imitació: Milloren tots els ítems

TEST BARCELONA REVISAT - TBR

Subtest gest simbòlic

Finalitat comunicativa

Ordre: 10 (dreta) (percentil 95)

Imitació: 10 (percentil 95)

Finalitat d'ús – Mímica d'objecte

Ordre: 10 (percentil 95)

Imitació: 10 (percentil 95)

Ús seqüencial d'objectes

Puntuació: 6 (percentil 95)

Imitació de postures

Unilateral: 10 (percentil 95)

Bilateral: 5 (percentil per sota de 5)

Seqüència de postures

Puntuació: 5 (percentil 5)

Coordinació de postura: 4 (percentil 95)

VISUOPERCEPCIÓ I VISUOESPACIAL- *Visual Object Space Perception – VOSP*
(Warrington, 1991)

Per a la validació del test en formes individuals s'utilitza la puntuació de tall del 5%.

Resultats del test (Resultat directe / Puntuació de tall per + 50 anys)

Percepció d'objectes

Test Screening: 20 / 15

Lletres incompletes: 18 / 16

Siluetes: 21 / 15

Decisió amb l'objecte: 15 / 14

Siluetes progressives: 14 / 15

Percepció d'espai

Comptar punts: 8 / 8

Discriminar la posició: 14 / 18

Localització del número: 8 / 7

Anàlisi de cubs: 9 / 6

VISUOCONTRUCCIÓ. *Subtest de figures incompletes WAIS-IV*

PD: 5 / PE: 4 (Mitjana: 10,7 DT: 2,5)

FUNCIONS EXECUTIVES

Fluència verbal i lèxica / Categorització. *Subtest d'evocació categorial del TBR*

Animals: 13 (percentil 10)

Paraules començades en "P": 19 (percentil 50)

Abstracció. *Subtest semblances TBR*

Puntuació: 6 (percentil 30)

Inhibició de resposta automàtica. *Tasca Stroop (Stroop, 1935)*

P corregida per edat: 70 (puntuació típica P: 26)

C corregida per edat: 62 (puntuació típica C: 38)

PC corregida per edat: 53 (puntuació típica PC: 52)

Puntuació d'interferència: 20,13 (Mitjana 0 – DT 10)

VPI. *Subtest cerca de símbols WAIS-IV*

PD: 23 / PE: 8. (Mitjana: 9,6 DT: 2,90)

ACTIVITATS BÀSIQUES DE LA VIDA DIÀRIA (ABVD). *Índex Barthel (Mahoney i Barthel, 1965)*

Puntuació: 30

ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA (AIVD). *Escala de Lawton i Brody (Lawton i Brody, 1969).*

Puntuació: 2

EMOCIÓ. *Escala d'ansietat i depressió de Goldberg*

Ansietat (puntuació per sobre o igual a 4): 4

Depressió (puntuació per sobre de 2): 6

ALTERACIONS PSICOCONDUCTUALS. *Qüestionari Neuropsicològic – NPI (Cummings)*

Agitació i irritabilitat: Freqüència total d'aparició 9

Apatia i indiferència: Freqüència total d'aparició 6

Gana i desordres alimentaris: Freqüència total d'aparició 12

FALTA DE CONSCIÈNCIA DE DÈFICIT *Inventari Competencial del Pacient – ICP*
(Prigatano, 1986)

Puntuacions de resposta per a cada qüestionari.

Pacient: 123

Cuidador no professional (esposa): 36

Cuidador professionals (monitora): 95