

Maltrato Infantil-Negligencia

Trabajo Final de Máster en Neuropsicología

Autora: Begoña Estévez Rodríguez

Directora: Vega Muriel Molano

3 de Julio de 2018

Resumen

Todos los datos estadísticos, nacionales y extranjeros, indican que la negligencia es el tipo de maltrato más prevalente. A pesar de ello, el número de los estudios de investigación de la negligencia son muy inferiores al de otros tipos, mucho menos prevalentes, encontrándonos con una infrarrepresentación de la negligencia en la investigación.

A pesar de que queda mucho por hacer en la investigación de este problema social y personal, con graves repercusiones para la salud, algunos estudios han encontrado deterioros cognitivos en las personas que han sufrido negligencia caracterizado por dificultades en las funciones ejecutivas.

Las funciones ejecutivas se asientan en otras cuyo desarrollo es previo, mucho más temprano evolutivamente y que se ven afectadas por la respuesta biológica mantenida al estrés. A la larga nos encontramos con adultos víctimas de maltrato infantil por negligencia cuyo funcionamiento se ve mermado sin necesidad de haber desarrollado ninguna patología o dificultad intelectual. Este hecho los pone en una situación de desprotección ya que su mal funcionamiento no suele encontrarse al amparo de un diagnóstico psiquiátrico.

Palabras clave

Deterioro cognitivo, Funciones cognitivas, Funciones ejecutivas, Maltrato infantil, Negligencia infantil

Abstract

All statistic, national and international data indicate that negligence is the most dominant type of mistreat. Despite this fact, the quantity of investigation related to this phenomenon is far lower than the one related to other less dominant types. We can therefore say that there is an inferior representation of negligence in the investigation.

Even though, there is still a lot to do in the investigation process of this social and personal problem leading to serious impacts on health, some studies have already shown that there is cognitive damage within people that have suffered negligence. This is characterized by difficulties in the executive functions.

The executive functions are established within other functions. These other functions develop much earlier and are affected by the biological response to stress. With the pass of time, we come across adults who are victims of child mistreatment due to negligence. They will have their 'executive functions' affected, without necessarily having developed any pathology or intellectual difficulty. This fact, leads them to a situation of unprotection, since their wrong performance of the executive functions is normally not safeguarded by a psychiatric diagnosis.

Keywords

Child maltreatment, Child neglect, Cognitive function, Cognitive impairment, Executive function

Índice

1. <i>Maltrato infantil: negligencia</i>	5
1.1. Definición del Maltrato infantil- negligencia.....	5
1.2. Etiología.....	5
1.3. Datos estadísticos y repercusión.....	6
1.4. Sintomatología asociada.....	8
1.5. Perfil neuropsicológico.....	8
1.6. Intervención.....	10
2. <i>Evaluación neuropsicológica</i>	11
2.1. Objetivo general de la evaluación.....	11
2.2. Objetivos específicos.....	11
2.3. Técnicas e instrumentos de evaluación.....	11
2.4. Resultados de la evaluación.....	14
3. <i>Informe neuropsicológico</i>	15
4. <i>Propuesta de intervención</i>	18
4.1. Objetivo general de la intervención.....	18
4.2. Objetivos específicos de la intervención.....	18
4.3. Resultados esperados de la intervención.....	18
4.4. Elaboración de un plan de intervención completo.....	18
4.5. Programación de tres sesiones.....	22
4.5.1. SESIÓN 2 de FASE 1.....	22
4.5.2. SESIÓN 4 de FASE 2.....	24
4.5.3. SESIONES de la fase 3.....	26
5. <i>Referencias bibliográficas</i>	27

1. Maltrato infantil: negligencia.

1.1. Definición del Maltrato infantil- negligencia.

Una definición pretende dejar claro qué comportamientos y factores se recogen en ella. Actualmente, a pesar de los años de investigación, una de las dificultades en el establecimiento de una definición concisa es la falta de una clasificación clara y unánime de los tipos de maltrato (Belsky, 1993; Muela, 2008), además de que tampoco existe una relación exacta entre etiqueta categorial y comportamientos que en ella se engloban debido a la alta comorbilidad existente entre distintos tipos de maltrato entre sí, independientemente de la clasificación que se use. A esto hay que añadir que cada tipo de maltrato comprende múltiples formas de llevarse a cabo, siendo difícil poder encontrar perfiles homogéneos dentro de un mismo tipo de maltrato (Belsky, 1993; Muela, 2008). En distintos documentos que se han publicado en nuestro país por las áreas administrativas encargadas de la protección de la infancia suelen señalarse 5 tipos: Maltrato físico, Abuso sexual, Negligencia, Maltrato emocional y abandono emocional (Becedóniz, 2008; Xunta de Galicia, 2010)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) define el maltrato como:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil.

1.2. Etiología

A medida que las teorías explicativas han ido evolucionando se han ido identificando distintos factores etiológicos del maltrato.

Las teorías tradicionales se centran en explicaciones unidimensionales. Así el modelo psicológico-psiquiátrico, el sociológico y de factores personales se centran en la existencia de patología paterna, de factores sociales que determinan el nivel de bienestar de la familia y los valores culturales en relación a la disciplina que se debe emplear con los niños y factores personales, respectivamente. Posteriormente surgen los modelos interactivos como el modelo ecológico de Belsky (1993) considerándose todos los ecosistemas que se relacionan con el niño, factores de riesgo y de protección. Como crítica a la falta de búsqueda de factores causales de este modelo, han surgido las teorías que se centran en déficits de procesamiento de la información social y las de teoría del estrés y afrontamiento. (Moreno, 2002; Belsky 1993; Peterson y Brown, 1994; Azar, McGuier, Miller., Hernandez-Mekonnen, y Johnson, 2017).

Actualmente todas estas orientaciones explicativas del maltrato se han acercado y se considera que responden a un nivel de análisis distinto del mismo problema.

Existe poca investigación en relación al maltrato por negligencia, en exclusiva, a pesar de ser la más prevalente. La mayoría de los estudios hacen relación al maltrato en general o los tipos más fácilmente detectables (maltrato físico o abuso sexual). Esto provoca un desconocimiento actual sobre la negligencia que se considera la forma más prevalente de maltrato y con peor pronóstico (Moreno, 2002; Muela, 2008)

Los distintos factores de riesgo aparecen consistentemente en los distintos estudios pero no se ha encontrado ninguno necesario, ni suficiente, para explicar el maltrato existiendo múltiples trayectorias del maltrato, incluso dentro de la misma tipología (Belsky, 1993). Estos factores se clasifican en factores paternos, factores de los menores, factores relacionales y factores sociales (OMS, 2016; Peterson, 1994).

En el estudio de Moreno (2002) realizado sobre casos notificados al Instituto Municipal de Servicios Sociales de la ciudad de Badajoz, se evaluaron 10 áreas que se han identificado desde distintas investigaciones, de los distintos modelos, pero con el objeto de evaluar cuál de ellos predisponen específicamente a la negligencia. Los resultados indican los siguientes factores objeto de estudio:

- Conflictivas relaciones de pareja: problemas de comunicación y desequilibrios de poder.
- Conflictivas relaciones familiares y escasez de relaciones sociales presentando los padres reticencias a la solicitud de ayuda, lo que provoca la inexistencia de apoyo para el cuidado de los menores.
- Carencia de reparto en las responsabilidades de las tareas domésticas siendo asumidas por menores.
- Inadecuadas condiciones de la vivienda: escaso tamaño, falta de higiene, falta de equipamiento esencial.
- Inadecuados hábitos de crianza, atención y cuidados: percepción negativa de los niños con expectativas inapropiadas y una deficitaria comunicación y confusión en los roles en la estructura familiar siendo mínima las interacciones de los cuidadores con los menores.

En relación también a factores etiológicos de la negligencia (bajo el paraguas del modelo del procesamiento de la información), en un reciente estudio sobre madres negligentes, se relaciona este maltrato con déficits que estas presentan en funciones ejecutivas y en solución de problema, además de con errores de atribución y expectativas sobre el comportamiento de los niños y de las demás personas, lo que provoca el déficit en el procesamiento de la información social. Este déficit de procesamiento se ha encontrado en madres negligentes con, y sin patología asociada (esquizofrenia), por lo que estos estudios sugieren que la causa de negligencia estaría más relacionada con la dificultad del procesamiento que con la presencia de una patología en sí (Azar et al., 2017).

1.3. Datos estadísticos y repercusión

En nuestro país, como en los demás estudios internacionales, no se puede hablar de datos uniformes ya que como se viene señalando, la naturaleza del problema y que el interés por su estudio es reciente, hace que sea difícil encontrar datos que se puedan generalizar. Así, desde Save the children (s.f.) se explica que:

El Registro Unificado de Maltrato Infantil es una de las pocas fuentes directas de datos sobre violencia contra la infancia con el que podemos contar (en España)*. Es una base de datos online que permite que cada servicio de menores a nivel autonómico pueda cargar datos de notificaciones de casos de sospecha de maltrato infantil. (...)Es importante señalar que los servicios de menores presentan las notificaciones de forma voluntaria y que no en todas las Comunidades Autónomas se registra de la misma manera.

Fruto de esta voluntariedad los datos de esta herramienta no son fidedignos ni tampoco están representados los distintos tipos de maltrato (OMS, 2016).

En Estados Unidos se habla de una incidencia 12,9 por cada 1000 (Giménez-Pando, Pérez-Arjona, Dujovny y Díaz, 2007). Tal como señala Moreno, en un estudio a escala nacional del Centro Reina Sofía (2002) de expedientes atendidos en servicio de menores, la mayor prevalencia corresponde a la negligencia: 86.37% seguido por malos tratos psicológicos: 35.38%, físicos: 19.91% y sexuales 3.35%. Lo que confirma la infrarrepresentación que la negligencia tiene a nivel de investigación con respecto al maltrato físico y sexual. Estos datos son concordantes con los encontrados en otros países como en Estados Unidos (Giménez-Pando et al., 2007).

En los datos estadísticos de Sanmartín et al. (2011) y Díaz (2006) se observan las siguientes concordancias:

- Esta mayor incidencia y prevalencia de la negligencia se reproduce en todos los estudios que se mencionan en estos documentos aunque el porcentaje es muy variable. Esto puede responder a la falta de homogeneidad en los perfiles, por la inexistencia de una definición clara de subtipos, uso de criterios dispares, y como señala la OMS, también por la calidad y cobertura de las estadísticas y las encuestas realizadas.
- Mayor riesgo de sufrir maltrato en menores de 1 años y los 10 años. Dato concordante con los resultados de diversas investigaciones (Belsky, 1993; Peterson y Brown, 1994).
- Mayor proporción de niños sobre niñas en maltrato general.

Estamos ante un problema con una gran repercusión social y personal. En Estados Unidos, se estima que anualmente el gasto público sólo en la atención directa del abuso infantil supone 20 millones de dólares (Peterson y Brown, 1994).

Una buena prevención e intervención con las víctimas, ayudaría a romper el ciclo de la transmisión intergeneracional del maltrato que parece relacionarse con las dificultades en la cognición social que genera (Belsky, 1993; Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017; Degregorio, 2013). A esto hay que sumar las dificultades personales

(emocionales y funcionales) que provoca en personas que no tienen la capacidad de protegerse y cuyas consecuencias arrastrarán a la adultez.

1.4. Sintomatología asociada

Las consecuencias del maltrato también son una cuestión nada homogénea ya que estas van a depender, entre otras cosas, del tipo de maltrato, de los factores de riesgo presentes, de los de protección, la edad de inicio, así como la duración, intensidad y otros factores de desarrollo (Muela, 2008). Se ha encontrado la presencia, tanto en la infancia como en la adultez, de sintomatología externalizante como internalizante (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017; Kim, Kim, Jin, Im, y Lee, 2018) Los externalizantes (trastorno antisocial de la personalidad, abuso de alcohol, conductas impulsivas, agresividad...) correlacionan con una edad de inicio más tardía así como una menor probabilidad de finalizar estudios secundarios. La sintomatología internalizante (depresión, ansiedad, suicidio...) correlaciona con una edad de inicio del maltrato temprana (Kaplow y Widom; 2007).

Se ha encontrado también una alta relación entre maltrato infantil (incluida la negligencia) y el desarrollo de estrés postraumático en la adultez aunque no se conozcan los mecanismos que actúan en esta relación (Marty y Carvajal, 2005).

Algunos estudios explican la relación entre maltrato (anteriores a los 13 años) y desarrollo de trastornos psicopatológicos en base a un apego inseguro (Muela, Torres y Balluerka, 2012). La falta de apego seguro provoca dificultades de habilidades sociales y relacionales debido a un distorsionado sentido de sí mismo (Morelato, 2011).

Hay evidencias de que las víctimas de malos tratos no necesariamente desarrollarán síntomas que cumplan criterios clínicos pero si pueden desarrollar alteraciones en funciones ejecutivas (en caso de negligencia) que afectarán negativamente a su nivel funcional (Spann et al., 2012)

1.5. Perfil neuropsicológico

Aunque, recientemente, desde algunos estudios se apunta a que la causa de los déficits cognitivos no está en el maltrato si no en factores de vulnerabilidad genética y factores del contexto de crianza (Danese et al, 2017), tradicionalmente se postula que los efectos neurobiológicos del maltrato infantil son el resultado de la plasticidad cerebral que provoca una adaptación en el desarrollo cerebral a situaciones de extremo estrés. La vivencia de estrés hace que los principales sistemas de respuesta al estrés (sistemas serotoninérgico, catecolaminérgico y el eje hipotálamo hipofisario adrenal) desencadenen todo un proceso bioquímico que resulte en un aumento de niveles de catecolaminas y cortisol en el cerebro de niños maltratado y que parecen estar en la base de una aceleración en la pérdida neuronal, retrasos en la mielinización, inadecuación en la poda neuronal, inhibición de neurogénesis, etc (De Bellis, 2005).

Los estudios de neuroimagen de niños y adultos víctimas de maltrato infantil muestran efectos estructurales en áreas de desarrollo postnatal muy sensibles a la neuroquímica del estrés. Esta parece alterar el funcionamiento del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y las áreas relacionadas con él (hipocampo, amígdala, cerebelo, cuerpo calloso e hipotálamo). Las alteraciones tempranas en estas áreas repercutirán en el posterior desarrollo de la corteza prefrontal ya que su desarrollo se asienta en el de las anteriores (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017; Nikulina y Widom, 2013). Es este tardío desarrollo de los lóbulos frontales lo que los hacen más moldeables por la experiencia y por tanto más vulnerables (García-Molina, Enseñat, Tirapu-Ustároz, Roig-Rovira, 2009).

Con el estado actual de investigación, en este campo, no se puede hablar de un perfil cognitivo concreto de maltrato. Si bien es cierto que se trata de una problemática muy compleja, dada la amplitud de factores que se modulan en un momento evolutivo determinado, no lo es menos que queda mucho camino por recorrer en el estudio de cada tipología y esto se antoja complicado cuando el muestreo se ve comprometido por la indefinición de las distintas categorías, de su gravedad etc.

Consistentemente se señalan las siguientes dificultades cognitivas:

Habilidades cognición social: estado de alerta mayor. Están más atentos a estimulación de carácter negativo. Mayor dificultad en niños maltratados por negligencia en discriminación de emociones (Ison-Zintilini y Morelato-Gimenez, 2009; Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017)

Habilidades de funciones ejecutivas: Estas dificultades son particularmente señalables en casos de negligencia (Nikulina y Widom, 2013).

- Flexibilidad cognitiva, planificación y organización. En negligencia se ha observado un mayor número de errores perseverativos. (Weller y Fisher, 2013; Spann et al., 2012)
- Toma de decisiones. En toma de decisiones se observa una mayor asunción de riesgos para evitar pérdidas y no atienden al contexto para valorar la toma de decisiones (Weller y Fisher, 2013).
- Control inhibitorio/ impulsividad (Kim et al., 2018).

Atención, memoria y velocidad de procesamiento. Estas dificultades están más relacionadas con la presencia de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Por ello estos déficits están más relacionados con el abuso sexual y maltrato psicológico (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017)

Lenguaje. En el lenguaje se han constatado que las dificultades tienen una estrecha relación con el tipo de maltrato. Las mayores dificultades se encuentran en los tipos de maltrato que comprenden una interacción verbal inadecuada, escasa o pobre. Por tanto los niños en situación de abandono o maltrato emocional reportan peores resultados (Moreno, 2005)

Desarrollo intelectual. Al igual que las ámbitos anteriores está relacionado con los patrones relacionales que no ofrecen una adecuada estimulación (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017).

Conductuales: El perfil neurocognitivo los hace más proclive a presentar mayores conductas de riesgo como es un inicio de actividades sexuales más tempranas, abuso de alcohol y drogas (Weller y Fisher, 2013), peor adaptación a la escuela y ajuste social (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017), intentos de suicidio, etc. (Kim et al., 2018).

A nivel emocional se encuentran baja autoestima y sintomatología depresiva entre otros.

1.6. Intervención

En esta caso la intervención tiene varias vertientes, por un lado la preventiva donde, teniendo en cuenta los modelos integradores vigentes se postula una intervención ecológica buscando un aumento del soporte social y conductual procurando un aumento de las habilidades funcionales parentales (Peterson y Brown, 1994) además en estudios recientes se sugiere la necesidad de integrar estrategias cognitivas dirigidas a los déficits hallados tanto en víctimas como cuidadores (Azar et al., 2017; Kim et al., 2018).

Los objetivos de la intervención serán, en el caso de menores, los de aumentar los factores de protección, disminuir los de riesgo, mejorar la seguridad infantil e intervenir en los problemas de conducta, ya sean internalizantes o externalizantes, y en las funciones cognitivas.

En el caso de intervención con las víctimas en la adultez, los objetivos nos los dará la evaluación del caso. Así se atenderá a la patología que presente (de haberla), las dificultades relacionales, funcionales y emocionales.

En relación a víctimas menores se plantea la intervención centrada en los agentes directamente implicados y siempre que sea posible sobre los cuidadores principales. Estudios recientes señalan la necesidad, en el caso de negligencia, de valorar e intervenir en los déficits cognitivos que se han demostrado que existen y que contribuyen a un déficit en el procesamiento de la información social yendo más allá de la tradicional intervención en la mejora de recursos, habilidades y capacidades parentales (Azar et al., 2017).

Resumiendo, la intervención en el ámbito del maltrato se dirige a la atención de los factores causales, intentando prevenirlo, o a la consecuencia cuando el daño producido plantea dificultades a la persona. Para acabar, es necesario señalar que si una intervención integral bio-psico-social es necesaria en cualquier problemática objeto de intervención, en este caso es algo que está fuera de toda duda, así como la necesidad de una intervención lo más temprana posible para evitar tener que tomar medidas de protección que separen al niño de su familia, habida cuenta de la importancia del desempeño de una parentalidad positiva para un desarrollo cognitivo y socioemocional óptimo (Vargas y Arán, 2014).

2. Evaluación neuropsicológica

La evaluación se desarrollaría en el contexto de servicios sociales después de ser derivado por la trabajadora social por que detectan dificultades en el cumplimiento del proyecto de inserción vinculado a la percepción de la Renta de Integración Social de Galicia (RISGA,) por parte del usuario (Luis). Luis tiene historia social desde la infancia. Fue víctima de negligencia infantil por lo que fue tutelado por la Xunta hasta los 18 años. Cuando cumple la mayoría de edad se alista en el ejército donde permanece 3 meses. Los datos que constan en el expediente indican que el motivo de su salida es que no cumplía el perfil. Desde entonces no ha vuelto a trabajar teniendo que solicitar la RISGA para subsistir. En la historia se recogen informe psicológico del centro escolar (donde se constata la mala adaptación que tuvo en la escuela, conducta infantil y muy dependiente del contexto) y del centro de acogida así como informes psicológico y psiquiátrico recientes del Servizo Galego de Saúde (SERGAS). En todos ellos se descarta la presencia de patología, trastorno psiquiátrico o nivel de CI que dé explicación a estas dificultades.

Se establece un proyecto formativo-laboral cuyo objetivo a medio plazo es la consecución de una titulación profesionalizadora. Con el tiempo se detectan dificultades como mala gestión económica (siendo incapaz de cubrir sus necesidades básicas, recurriendo a comedores y roperos sociales, a ayudas económicas para pago de facturas...), mala gestión de su tiempo, inconsistencia en el desarrollo de planes que él se establece (formativos, actividades de ocio, intereses...).

2.1. Objetivo general de la evaluación

Orientar la adecuación del proyecto de inserción que se ha establecido.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar si el perfil cognitivo permite el desempeño de una actividad formativa.
- Determinar qué nivel de apoyos/intervenciones serían adecuados para mejorar la funcionalidad en actividades diarias de Luis.

2.3. Técnicas e instrumentos de evaluación

Autorregistros y entrevista. En entrevista Luis refiere dificultades para organizarse y poder cumplir con las actividades que se marca semanalmente. Refiere dificultades atencionales ya que dice que cuando está haciendo algo y aparece otro estímulo más "se lía la cosa". No muestra conciencia de problema ya que entiende que no le sucede nada que no le pase a las demás personas.

Observación directa por parte de los profesionales de los servicios sociales que la atienden así como de las entidades sociales que atienden a Luis.

Datos históricos e informes contenidos en historial de servicios sociales.

Pruebas neuropsicológicas estandarizadas. Para elección de los instrumentos de evaluación se tiene en cuenta dos cosas principalmente:

1. El perfil cognitivo esperable que nos habrá indicado la entrevista, la información de observadores, la información de la persona y los datos con los que contamos en el expediente social (por ejemplo: informes de otros profesionales y entidades...) así como la investigación en relación a las consecuencias neurocognitivas de negligencia infantil. Estas técnicas, aunque se usarán a lo largo de toda la evaluación, tienen un peso importante al inicio ya que orientarán la selección de las pruebas neuropsicológicas. A modo de resumen: se tiene en cuenta que es un varón de 32 años, 10 años de escolaridad, bilingüe, sin antecedentes neurológicos, patología psiquiátrica, ni RM. Acogido por servicio de menores en centro de protección por sufrir trato negligente.

2. Las funciones cognitivas que tienen un gran peso para el éxito educativo y para las habilidades instrumentales que permitan el desarrollo normal de las obligaciones diarias.

Trial Making Test (TMT). Test del Trazado. (Reitan, 1958)

Funciones cognitivas: Atención, velocidad de procesamiento de la información y memoria de trabajo.

TMT-A. Test de papel y lápiz. Consta de una lámina donde aparecen los números del 1 al 25 desordenados y la tarea consiste en ir trazando una línea que los una en un tiempo determinado siguiendo el orden numérico.

Con esta parte del test se valora fundamentalmente atención focalizada y proporciona información sobre velocidad de procesamiento y coordinación oculo-manual.

TMT-B. Esta parte del test sigue la misma dinámica que la A pero ahora aparecen números y letras que el sujeto tiene que ir uniendo con un trazado alternando número y letra respetando el orden numérico y alfabético.

Valora fundamentalmente atención alternante y proporciona información sobre funciones ejecutivas como flexibilidad cognitiva, planificación, perseveraciones y memoria de trabajo.

Symbol-Digit Modalities Test (SDMT). (Smith, 1973)

Funciones: Atención sostenida y selectiva, rastreo visual y velocidad de procesamiento de la información.

La tarea consiste en un folio con símbolos. Debajo de estos hay una casilla en blanco donde tiene que anotar el número que le corresponde a cada símbolo tal como aparece en la parte superior de la hoja.

Aporta información de cómo las tareas que se están realizando se ven interferidas por problemas atencionales.

Prueba de Dígitos del WAIS III (Wechsler, 2002)

Funciones: Span atencional, memoria de trabajo.

Dígitos directos: El sujeto tiene que repetir una serie de dígitos que se le van proporcionando oralmente. Cada vez se le dan más cantidad de dígitos que él tiene que repetir inmediatamente.

Dígitos inversos: Al igual que en la anterior parte se le van proporcionando dígitos cada vez en mayor cantidad pero esta vez el sujeto tiene que repetirla en orden inverso entrando en juego la memoria de trabajo.

Test de Palabras y Colores o Test Stroop (Golden, 1994)

Funciones: Control atencional, atención selectiva y dividida y velocidad de procesamiento de la información.

Proporciona información sobre capacidad de inhibición e interferencia de manera que nos indica la capacidad de controlar respuestas automáticas cuando se requiere que se lleve a cabo otro inusual.

Consta de tres tareas. La primera consiste en leer un listado de palabras que son nombres de colores. La siguiente tarea es un listado de grupos de varias "X" coloreadas. Esta consiste en decir el color que tienen y la tercera tarea es la de conflicto ya que la persona tiene una lista de palabra de nombres de colores que están coloreadas con un color distinto al que nombra la palabra de manera que para tener éxito tiene que inhibir la respuesta automatizada de lectura y nombrar el color.

Modified Wiscconsin Card Test (M-WCST). (Nelson, 1976) versión de WCST Wisconsin Card Sorting Test (Grant y Berg, 1948)

Función: funciones ejecutivas: Flexibilidad, categorización y abstracción y adaptación de estrategias cognitivas, solución de problemas y perseveración.

Nos da información sobre la flexibilidad mental ante cambios ambientales.

La versión modificada consta de 48 tarjetas. Cada tarjeta se caracteriza por que la conforman alguna de las siguientes características: la forma (triángulo, estrella, cruz y círculo), el color (rojo, azul, verde y amarillo) y el número (uno, dos, tres o cuatro elementos). La tarea consiste en descubrir el criterio que se sigue en la clasificación de estas, sirviéndose del feedback que se le proporciona. Cuando cumple un número determinado de aciertos, se cambia el criterio y tiene que volver a descubrirlo. Las perseveraciones son respuestas que se siguen dando siguiendo el criterio anterior.

Token Test (De Renzi y Vignolo, 1962)

Función: comprensión verbal, memoria de trabajo.

Se presenta delante del sujeto varias figuras de tamaño, color y forma distinta y se le van dando órdenes que implican la realización de acciones en relación a estas. Las órdenes se van haciendo cada vez más complejas a nivel lingüístico.

Torre de Londres (Culbertson y Zillmer, 1999)

Función cognitiva: Toma de decisiones, planificación.

Nos da información sobre capacidad de organizar y llevar a cabo un plan. Inhibir movimientos, mantener atención y el plan elegido en la memoria mientras se lleva a cabo. Capacidad de cambio de estrategia y perseveraciones.

2.4. Resultados de la evaluación

TEST	PUNTUACIÓN DIRECTA	PUNTUACIÓN ESCALAR
TMT-A	23	11
TMT-B	139	4*
Dígitos directos	5	8
Dígitos inversos	3	7
SDMT	43	7
STROOP	P:117; C:74; C-P:31	P:11; C: 10; C-P: 5*
WINSCONSIN	C:3; EP:5; ET:8	C:3*; EP:4*; ET:7
Torre de Londres	Tiempo de latencia: 17 Tiempo de ejecución: 440 Tiempo de resolución:457 Movimientos totales: 76	Tiempo de latencia:15 Tiempo de ejecución:4* Tiempo de resolución:5* Movimientos totales:3*
Token test	35	10

(*) puntuaciones inferiores a la media en una desviación y media o más.

Los baremos son los propuestos por proyecto NEURONORMA jóvenes (Peña-Casanova , Casals-Coll et al.,2012). Las puntuaciones son las ajustadas por edad/años de escolaridad cuando se requiere.

3. Informe neuropsicológico

Paciente: Luis Andrade Fernández (nombre ficticio) (Edad: 32 años Años de escolaridad: 10 (ESO) Idioma: Bilingüe (Castellano-Gallego) Dominancia manual: diestra Evaluadora: Begoña Estévez Rodríguez Fecha: 05/05/2018 Lugar: Despacho ubicado en las dependencias de Servicios Sociales.

Motivo de consulta:

El caso lo deriva la trabajadora social (TS) de zona. Solicita orientación en relación a la adecuación del proyecto que se ha realizado para Luis así como el tipo de apoyos que se consideran adecuados a su perfil.

Luis solicitó la Renta de Integración Social de Galicia (RISGA) y para ello se elabora un proyecto formativo-laboral. A lo largo de estos años, la TS refiere que no se ha conseguido ningún avance destacable en la mejora de su perfil de empleabilidad. No ha conseguido realizar ningún curso formativo, ni ha accedido al mercado laboral normalizado.

Es frecuente que Luis no acuda a las citas. Parece hacer caso omiso a las indicaciones que se le dan ya que no realiza las actividades pautadas para el desarrollo de su proyecto (solicitar cita de orientación en Oficina de Empleo, solicitar formación, acudir a las entrevistas, entregar la documentación que se le pedía, redactar CV...). La TS refiere que Luis plantea proyectos laborales muy poco realistas, no hace una mínima reflexión en cuanto a ingresos y ganancias tanto en posibles negocios que se plantea, como en la gestión del dinero. Una vez estaba decidido a darse de alta en autónomos ya que repartía pan (unas 50 barras al día) a pie y por lo que cobraba 3 céntimos la barra. Sus intereses formativos están muy relacionados con las amistades con las que se relaciona en cada momento, al igual que sucede con su imagen, la cual ha sufrido muchos cambios a lo largo de estos años.

No mantiene relaciones de amistad duradera y siempre con personas de mucha menor edad, generalmente adolescentes. Hace 3 años tuvo un hijo con una chica de 15 años. Actualmente no mantiene relación con ellos. No mantiene relación con ningún familiar.

Anamnesis:

Antecedentes sociodemográficos de interés: Luis es el mayor de dos hermanos. Desde pequeño existen datos de maltrato por negligencia en el cuidado de ambos padres. A los 12 años son tutelados por la administración hasta su mayoría de edad.

A pesar de haber conseguido la ESO (en el colegio informan que en el último año de escolaridad se flexibilizaron las exigencias para la obtención de su título para no perjudicar más su futuro laboral), no tuvo buenos resultados académicos ni buena adaptación escolar, como consta en el informe del departamento psicopedagógico de la escuela y del centro de menores. A su mayoría de edad se alista en el ejército donde permanece 3 meses hasta que le explican que puede abandonar o ser expulsado.

En entrevista, Luis reconoce tener dificultades para organizarse cuando tiene que hacer muchas cosas. Aunque dice que esto es normal ya que le pasa a todo el mundo. Siente que necesita prestar atención a las actividades que está haciendo en cada momento ya que si tiene que parar para hacer otra cosa “ya la liamos”.

Durante una época fue capaz de “ponerse las pilas” ya que escribía lo que tenía que hacer a la semana y casi completaba las tareas. No calcula bien el tiempo que necesita ya que duda mucho cuando tiene que elegir algo (para ahorrar tiempo tiene la ropa separada para cada día). Ahora está preocupado porque una asociación que le presta apoyo, le consiguió unas prácticas en un supermercado y no sabe cómo conseguirá llegar a tiempo todos los días y atender a los perros, antes de marchar.

Antecedentes médicos de interés: No existen antecedentes de interés. No presenta problemas de salud importantes (actuales o pasados). Se han descartado problemáticas psicopatológicas y dificultades intelectuales como consta en informes actuales del SERGAS.

Pruebas aplicadas

Entrevista, observación y las siguientes pruebas estandarizadas:

- (TMT) Trial Making Test. Test del Trazado. (Reitan, 1958)
- Prueba de Dígitos del WAIS III (Wechsler, 2002)
- (SDMT) Symbol-Digit Modalities Test (Smith, 1973)
- Test de Palabras y Colores o Test Stroop (Golden, 1994)
- M-WCST. Modified Wincosin Card Test (Nelson, 1976) versión de WCST Wisconsin Card Sorting Test (Grant y Berg, 1948)
- Token Test (De Renzi y Vignolo, 1962)
- Torre de Londres (Culbertson y Zillmer, 1999)

Interpretación de Resultados

Luis se muestra orientado y colaborador en todo momento, con buen estado de ánimo. No presenta dificultades en atención focalizada y el span atencional está dentro de lo normal (dígitos directos: PE=8). Tampoco presenta problemas en velocidad de procesamiento (TMT-A: PE=11). Sí se identifican serias dificultades cuando entra en juego la atención alternante, como nos está indicando el muy bajo rendimiento en la parte B del TMT (PE 4) y el bajo en el SDMT(PE=7).

El bajo rendimiento en dígitos inversos (PE=7) nos indica un cierto deterioro en memoria de trabajo. El normal rendimiento en el Token Test (PE=10), además de descartar problemas de comprensión del lenguaje, parece indicar que las dificultades en memoria de trabajo son poco significativas a nivel funcional en relación a las demás dificultades cognitivas que presenta.

Las funciones ejecutivas se encuentran particularmente alteradas. La alta interferencia que sufre en la tarea color-palabra del STROOP (PE=5) indica un bajo control inhibitorio y una alteración en los componentes atencionales que presenta mayor participación ejecutiva: selectiva y alternante (en consonancia con el resultado del TMT-B).

El muy bajo rendimiento en el WINSCONSIN (C:3*; EP:4*; ET:7) indica graves dificultades en flexibilidad mental, categorización, abstracción y adaptación de estrategias cognitivas. Al igual que la Torre de Londres indica una pobre capacidad de solución de problemas. Esta última prueba pone en evidencia también dificultades de planificación y de control inhibitorio como demuestra el bajo tiempo de latencia (PE=15) en contraposición al alto de ejecución (PE=4) y de resolución (PE=5) y la cantidad de movimientos empleados (PE=3).

Es consistente en todas las pruebas una alta tasa comisiones de errores perseverativos que parece reflejar dificultades de monitorización de su conducta, falta de inhibición y atención interna.

Conclusiones

Las interpretaciones de los resultados de las pruebas son congruentes con los síntomas observados y referidos por Luis. Su nivel funcional se ve muy afectado por su perfil cognitivo teniendo en cuenta que las funciones ejecutivas son las que permiten que planifiquemos nuestra vida desde las actividades concretas a planes de vida en general. La rigidez mental, la falta de control inhibitorio, las dificultades de conceptualización explican lo influenciado que es por contexto. Todo esto se ve agravado por las dificultades atencionales que presenta.

Teniendo en cuenta lo anterior y los objetivos que han guiado la evaluación hay que precisar que:

- El perfil cognitivo que presenta Luis dificulta seriamente la consecución exitosa de cualquier estudio normalizado dirigido a la obtención de una cualificación profesional.
- Se considera necesario contar con un sistema de apoyo inicialmente intensivo que supervise sus actividades y obligaciones diarias. Podría hacerse uso de algún programa de acompañamiento social, inicialmente mientras Luis no tenga establecido rutinas que permitan mantener un apoyo puntual para situaciones novedosas.

Tratamientos y recomendaciones

Hay que destacar de cara a la intervención, de manera positiva, que ha demostrado poder desarrollar actividades compensatorias de algunos déficits mediante el uso de agendas y organización del entorno (ropa). De manera negativa hay que tener en cuenta la baja conciencia de déficit que presenta y que habrá que abordar inicialmente.

Cuando se le den instrucciones estas deben ser claras, concisas y reforzadas también de manera escrita. De cara al proyecto sería recomendable aplicar un proyecto de baja exigencia en la que se le ofrezcan apoyo intensivo inicialmente, paralelamente a un programa de rehabilitación cognitiva cuyo objetivo principal será aumentar la autonomía para la realización de las obligaciones de la vida diaria. En lo referente a formación no se ve plausible un rendimiento óptimo en el sistema educativo normalizado. Se podría beneficiar de un programa de formación/empleo protegido como el ofrecido en empresas de inserción.

4. Propuesta de intervención

4.1. Objetivo general de la intervención

Aumentar la autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria de manera más eficiente.

4.2. Objetivos específicos de la intervención

- Disminuir la necesidad de apoyo necesario para cumplir con sus obligaciones diarias.
- Facilitar un entorno favorable para una planificación y organización más eficiente.
- Adquirir estrategias compensatorias que faciliten una mayor funcionalidad.
- Adquirir el establecimiento de rutinas.

4.3. Resultados esperados de la intervención

Con la intervención se espera conseguir que Luis sea capaz de asumir sus obligaciones básicas y actividades instrumentales sin necesidad de apoyo para aquellas tareas que sean rutinarias y que con supervisión inicial, sea capaz de introducir nuevas rutinas cuando se requiera.

Para valorar los resultados contaremos con los autorregistros y con la agenda diaria de actividades que señalará el grado de realización de estas.

También contaremos con el criterio profesional de la trabajadora social y con los profesionales de apoyo de las entidades que intervienen en el caso.

4.4. Elaboración de un plan de intervención completo

Se diseñarán 16 sesiones que se repartirán en 3 fases:

Fase 1: 7 sesiones, dos días por semana con diseño de las mismas actividades para casa entre sesiones incrementando la dificultad.

Fase 2: 6 sesiones, dos veces por semana con diseño de las mismas actividades digitales para casa o actividades pactadas en relación al aprendizaje de estrategias compensatorias, de ordenamiento, etc.

Fase 3: un día por semana las dos primeras sesiones y las dos últimas quincenalmente.

1ª fase

La intervención en esta fase tendrá como objetivos:

- Aumentar conciencia de problema
- Mejorar capacidades atencionales y memoria de trabajo.

Comenzaremos por estas funciones ya que tienen una alta relación con las demás influyendo en la eficiencia del funcionamiento de todas ellas.

Se realizarían actividades de restauración cognitiva, dirigidas principalmente a restauración de atención y memoria de trabajo. Empleando sistema informático y formato de papel para trabajo en grupo. Se aplicarán actividades con prácticas repetida y estructurada. El contar con un programa informático permitirá que durante los días intercesiones, la persona siga entrenando las funciones introducidas. En este caso, tenemos que tener en cuenta que el paciente (Luis) no cuenta con recursos económicos que le permitan contar con un PC en su casa ni conexión a internet. En este caso se procurará la colaboración de una asociación que lo apoya en su proceso de inserción.

Se diseñan varias sesiones para ser trabajada en grupo por dos motivos principalmente: ser más motivador y porque aporta un gran feedback de su funcionamiento, ayudando al aumento de conciencia de problema.

Las actividades serán fundamentalmente restaurativas.

Temporalidad de cada sesión individual en minutos							
10	5	10	5	10	5	10	10

Cada sesión individual comenzará con 10 minutos de repaso de la anterior y actividades para casa y con 3 bloques de 10 minutos de entrenamiento con 5 minutos de descanso intercalados. Los últimos 10 minutos serán para planificar sesión para casa.

Las sesiones grupales no tendrán los tiempos tasados ya que se aprovechará que el formato grupal no aporta oportunidades interactivas y ritmos propios.

	funciones	Actividades
Sesión 1 Grupal	Anosognosia	Sesión de psicoeducación: el papel de las funciones cognitivas para un funcionamiento normal
Sesión 2 Grupal	Anosognosia Atención selectiva Memoria de trabajo	Sesión desarrollada en el apartado 4.5.1
Sesión 3	Atención selectiva Y alternante	
Sesión 4	Atención alternante Memoria de trabajo	

Sesión 5	Atención alternante Memoria de trabajo	Actividades restaurativas digitales que nos permitan llevar a cabo un entrenamiento intensivo y controlado de las funciones diana para cada sesión.
Sesión 6	Atención alternante Memoria de trabajo Estimación de tiempo	
Sesión 7	Estimación de tiempo	

2ª fase:

La intervención se centrará en rehabilitación de las funciones ejecutivas.

Los objetivos de esta serán:

- Adquirir el hábito del uso de agenda para planificación de su actividad diaria.
- Aprender estrategias de solución de problemas aumentando el control inhibitorio y logrando una menor dependencia del contexto.

Las actividades a emplear serán fundamentalmente compensatorias y de modificación del entorno aunque se aplicarán sesiones con actividades restaurativas. Para estas emplearemos el formato digital ya que permitirá que Luis continúe con la práctica durante los días entre sesiones.

Cada sesión comenzará con repaso de la anterior y tres bloques de entrenamiento con descansos intercalados y 15 minutos finales para planificación para casa y aclaraciones.

Temporalidad de las sesiones en minutos								
15	5	15	5	15	5	15	5	15

	Funciones	Actividades
Sesión 1	Control inhibitorio Estimación de tiempo Razonamiento	Actividades digitales de control inhibitorio. Actividades de estimación de tiempo en el desarrollo de distintas acciones. Actividades digitales de razonamiento
Sesión 2	Planificación Organización	Se escribirán las actividades que tenga pendiente de realizar durante esa semana. Entrenamiento en realización de autorregistro para

	Control inhibitorio	detectar dificultades diarias. Actividades digitales
Sesión 3	Planificación Organización Estimación de tiempo Razonamiento	Entrenamiento en elaboración de agendas semanales. Elaboración de agenda de ingresos y gastos
Sesión 4	Toma de decisiones Razonamiento Control inhibitorio	Sesión desarrollada en el apartado 4.5.2
Sesión 5	Planificación organización Toma de decisiones	Agendas. Modificación de ambiente: orden en casa Elaboración de calendario para rutinas (compra, pago de facturas...) Introducción de las técnica de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (D'Zurilla y Goldfried, 1971)
Sesión 6	Planificación organización Toma de decisiones	Actividades digitales restaurativas e Técnica de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (D'Zurilla y Goldfried, 1971)

3ª fase.

El objetivo sería generalizar lo adquirido. Si bien es cierto que la generalización debe tenerse siempre presente en el diseño de la intervención desde el inicio, creo necesario esta fase teniendo en cuenta que Luis no dispone de familiares ni amigo que ayuden a lo largo de las intervenciones. En esta fase sería adecuado mantener contacto con los profesionales de apoyo con los que cuenta para poder garantizar el mantenimiento de las estrategias aprendidas.

Las actividades consistirán en refuerzo de tareas rutinarias y apoyo de estrategias compensatorias aprendidas para planificación de actividades novedosas.

Sesión 1	Revisión de agenda. Se tratarán las dificultades surgidas durante los días previos. Aprovecharemos las dificultades surgidas para entrenamiento en técnica de solución de problemas. Entre sesiones sería aconsejable mantener contacto con demás profesionales para ir introduciendo actividades con
Sesión 2	
Sesión 3	
Sesión 4	

	<p>menos supervisión de manera paulatina.</p> <p>Entrenamiento en autoinstrucciones</p>
--	---

4.5. Programación de tres sesiones

4.5.1. SESIÓN 2 de FASE 1

- **Justificación y objetivos:**

Los objetivos de esta fase son fundamentalmente la identificación del problema y mejorar la atención. Concretamente el objetivo de esta sesión se centrará en aumentar la conciencia de problema.

En lo relacionado a la atención seguiré el Modelo clínico de la atención de Sohlberg y Mateer (2001), esta sesión se centrará en la aplicación de técnica restauradora de manera específica para atención selectiva y memoria de trabajo. De modo que las actividades que iniciemos estarán diseñadas y estructuradas para poder ir complicándose con cada repetición.

Se inicia el programa por estas funciones (atención y memoria de trabajo) ya que ambas son fundamentales para el buen funcionamiento cognitivo general, por lo que cualquier mejora en estas redundará en mayores posibilidades de mejora en las demás.

La sesión se diseña en formato grupal aprovechado que aporta una gran cantidad de feedback. Algo que será muy beneficioso para ayudar a asumir la existencia de un problema. Además las sesiones grupales suelen ser más motivadoras, algo que se presupone necesario en este caso dado la baja conciencia de problema.

- **El estado esperado del paciente al inicio de la sesión**

Se espera que Luis al inicio de la sesión no haya asumido la existencia de un problema pero sí haya adquirido, en la sesión previa, información suficiente para poder valorar, a groso modo, como su ejecución en la actividad propuesta puede no responder a un nivel normal de funcionamiento y como puede afectar a algunas actividades de su vida diaria.

- **La organización y planificación de la sesión**

El grupo lo formarán personas que pueden tener afectada la función atencional pero sería conveniente contar con otras que no tengan mayores problemas en estas. Así podríamos tener un grupo heterogéneo que nos permitiría contar con ejecución de personas que servirían de referente a los demás.

El grupo lo compondrían 4 o 5 personas. Un número mayor nos exigiría aumentar el tiempo de la sesión y en estas primeras fases donde las dificultades de atención son importantes no sería aconsejable.

La sesión contará con periodos de descanso cuando se valore necesario que se aprovecharán para aportar feedback sobre la ejecución. Sería beneficioso poder grabar la sesión como otra fuente de información sobre su ejecución y la diferencia que puede haber entre los participantes.

- **Las tareas y actividades que se realizarán.**

Descripción:

Se elaborarán tres actividades. Comenzaremos con un nivel de dificultad bajo e iremos incrementándolo. El material será de papel para aprovechar la ventaja de la interacción que nos ofrece el grupo.

Memoria de trabajo: “muévete de silla”

Tendremos un mazo con números (imágenes en versión más compleja) que ordenadas relatan una secuencia. El número de imágenes puede ser muy amplio y eso nos permitirá seleccionar números (imágenes) distintas pudiendo emplearlo en varios ensayos.

Cada uno de los componentes que estarán sentados en fila delante de la persona que va a solucionarlo, tendrá una de las tarjetas entre las manos. La tarjeta estará dada la vuelta para que no sea visible. Cuando se de la orden le darán la vuelta y la enseñarán durante un tiempo determinado. Inicialmente daremos más tiempo e iremos reduciendo a medida que se finalicen ensayos con éxito. Cuando se indique la ocultarán de nuevo y la tarea consistirá en que recoloque a las personas de manera que cuando le vuelvan a dar la vuelta se pueda ver la secuencia ordenada.

Instrucciones: *“En frente tuya, los demás participantes están con una tarjeta en la mano. Cuando yo lo indique le darán la vuelta y podrás ver números (imágenes). Estos números estarán desordenados (estas imágenes forman parte de la secuencia de una historia pero estarán desordenadas). Tú tienes que ordenarlas mentalmente. Tendrás tiempo suficiente para verlas hasta que yo indique que se vuelvan a dar la vuelta. Entonces tendrás que cambiar de silla a los compañeros para que cada una de las tarjetas que tienen queden ordenadas y al darles la vuelta puedas ver la secuencia (la historietta) en orden.”*

La complejidad que vayamos aplicando al ensayo dependerá de la ejecución de las personas. Así podremos manipular la cantidad de números o viñetas y los tiempos de exposición.

Atención selectiva: “tírame una ficha”

La tarea consiste en dar a cada uno de los participantes, excepto al que tenga que realizar la prueba, un mazo con números con orden aleatoria. Se sentarán en frente al que lo vaya a realizar. A este le mostraremos una tarjeta con un número. Los que tienen las tarjetas, cuando se lo indiquemos, pondrán las tarjetas para que se puedan ver e irán pasándolas. Se le indicará al que realice la prueba que cuando vea el mismo número en las tarjetas de los que se sientan en frente que la que él tiene, les lance una ficha a sus pies (le habremos entregado una cajita con fichas tipo parchís).

La tarea se podrá ir complicando, indicando el cambio de tarjeta más rápidamente o introduciendo colores o distintas tipografías en las tarjetas.

Instrucciones: *“En frente tuya, los demás participantes te mostrarán unas tarjetas con números que irán cambiando cuando yo lo indique. Tu tendrás que tirarle una ficha a los pies cada vez que veas la misma tarjeta que te voy a entregar.”*

4.5.2. SESIÓN 4 de FASE 2

- **Justificación y objetivos:**

Después de haber intervenido en la atención, memoria de trabajo, estimación del tiempo e iniciado el entrenamiento en actividades compensatorias para que le ayuden en la planificación de las actividades; en esta fase comenzaremos con actividades restauradoras de funciones ejecutivas y entrenamiento y refuerzo de actividades compensatorias y la modificación del entorno que le permita tener un funcionamiento más eficiente en su vida diaria.

El objetivo de esta sesión será aumentar la capacidad de toma de decisiones, de razonamiento y de control inhibitorio mediante actividades restaurativas que facilitará además la aplicación de las estrategias compensatorias y modificaciones ambientales que se estén llevando a cabo.

- **El estado esperado del paciente al inicio de la sesión**

En esta sesión se espera que presente un mejor rendimiento en atención, memoria de trabajo y se haya familiarizado con algunas técnicas compensatorias.

- **La organización y planificación de la sesión**

La sesión comenzará con 15 minutos (tiempo aproximado) de repaso de la sesión anterior y de las actividades que se hayan desarrollado en casa. Si fuera necesario reforzar lo tratado en la sesión anterior dedicaríamos el tiempo necesario y comenzaríamos con las actividades programadas hasta donde nos diera el tiempo y retomáramos esta sesión al día siguiente. Aunque una programación existe para tener el tiempo bajo control no debemos perder de vista que pueden surgir múltiples dificultades y que bien merecen un pequeño retraso.

Emplearemos 45 minutos para realización de las actividades y entre estos, cada 15 minutos tendremos un descanso de 5. Dejaremos 15 minutos finales para comentar dificultades, dudas y programas actividades diarias hasta próxima sesión.

- **Las tareas y actividades que se realizarán.**

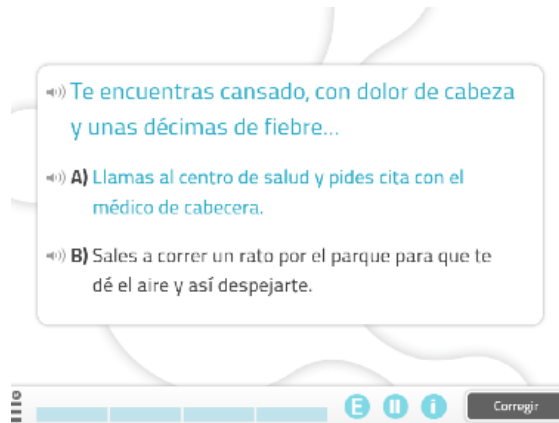
Las tareas empleadas serán tareas digitales empleando un programa informático como neuronUP.

Seleccionamos tareas diseñadas para las funciones diana de esta sesión. El nivel de complejidad sería el más bajo teniendo en cuenta las severas dificultades que Luis muestra en estas funciones.

Toma de decisiones:

La tarea consiste en dar soluciones a situaciones dadas.

La aplicación nos da la oportunidad de tener organizada la sesión pero considero que el poder ir ajustando los exigencias de manera manual y modo libre nos ofrecerá la oportunidad de un feedback e ir introduciendo de manera informal la técnica de solución de problemas cuya introducción formal se hará en las última sesiones.



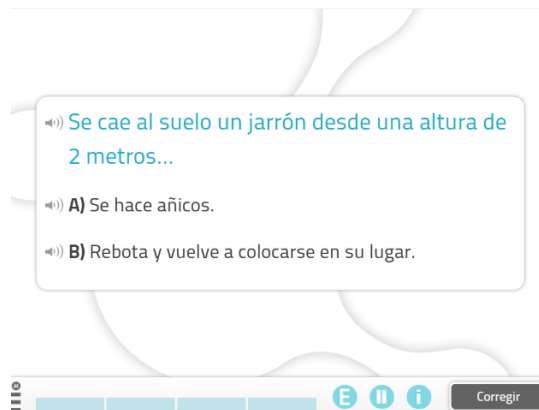
Plataforma neuronUP. Actuación en situaciones (s.f) [imagen] Recuperada de <https://www.neuronup.com/es/activities/724/open/card?specific=9131&culture=es>

Razonamiento

La actividad consiste en que de las situaciones dadas y las consecuencias posibles elija la plausible.

Con este ejercicio trabajaremos también la solución de problemas.

Al igual que el ejercicio anterior comenzaremos con nivel básico y el modo será el libre para poder mantener una mayor interacción con la persona en estas sesiones.



Plataforma neuronUP. Consecuencias (s.f.) [imagen] Recuperada de <https://www.neuronup.com/es/activities/351/open/card?specific=5442&culture=es>

Control inhibitorio

Para control inhibitorio se podría seleccionar un ejercicio en el que se tenga que dar una respuesta ante un estímulo concreto ignorando otros. El ejercicio se complica cuando el estímulo diana y distractores se van pareciendo.

Se emplearía en esta fase ya que este ejercicio tiene una alta carga de exigencia para la atención selectiva y alternante y por tanto tendremos que tener estas funciones algo trabajadas en sesiones previas para que la función que entre en juego sea el control inhibitorio.

Se podría diseñar, en formato digital, un juego en el que vayan apareciendo estímulos aleatorios en dos puntos fijos de la pantalla (si fueran móviles entraría en juego el rastreo visual y una mayor carga atencional). Por ejemplo podrían aparecer un cuadrado y un círculo. Él tendría que tocar la tecla “ñ” si es cuadrado y la “a” si es

círculo. Esto permitiría ir complicando el ejercicio introduciendo estímulos ante los que no habría que dar respuestas o colores en las figuras que también indicarían que no habría que dar respuesta aunque la forma coincidiese.

4.5.3. SESIONES de la fase 3

- **Justificación y objetivos:**

Se trata de sesiones en las que el objetivo será reforzar la funcionalidad ganada y generalizarla todo lo posible.

El objetivo es ganar independencia en el desarrollo de su actividad diaria mediante el entrenamiento en rutinas y establecimiento de hábitos.

- **El estado esperado del paciente al inicio de la sesión**

Al inicio de esta fase Luis habrá ganado eficiencia en su funcionamiento diario, sobre todo por el uso de estrategias compensatorias y modificación del entorno. Aunque se espera una menor restauración de las funciones ejecutivas, la mayor restauración de las funciones atencionales potenciará las primeras para poder conseguir un funcionamiento autónomo con supervisión en situaciones novedosas.

- **La organización y planificación de la sesión**

Estas sesiones no tendrán un diseño de actividades cerrado. Nos centraremos en analizar dificultades y resultados satisfactorios ocurridos durante esos días para reforzar lo adquirido y apoyar en el establecimiento de actividades rutinarias. Dedicaremos entre una hora y hora y media por sesión sin programar descansos salvo que se valore necesario.

- **Las tareas y actividades que se realizarán.**

Como ejemplo podremos tratar un problema surgido durante la semana y evaluar con Luis la manera de solucionarlo siguiendo los pasos de la técnica de solución de problemas.

Será importante reforzar toda conducta e instruir en autoinstrucciones ya que ayudará a optimizar las capacidades atencionales.

5. Referencias bibliográficas

- Amores-Villalba, A. y Mateos-Mateos, R. (2017) .Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23, (2), 81-88, ISSN 1135-755X. doi: 10.1016/J.PSE.2017.05.006
- Aranciva, F., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides,G. et al.(2012) Estudios normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para el Boston Naming Test y el Token Test. *Neurología*. 27(7), 394-399. doi:10.1016/J.NRL.2011.12.016
- Azar, S. T., McGuier, D. J., Miller, E. A., Hernandez-Mekonnen, R., y Johnson, D. R. (2017). Child neglect and maternal cross-relational social cognitive and neurocognitive disturbances. *Journal of Family Psychology*, 31(1), 8-18. doi: doi:10.1037/fam0000268
- Becedóniz, C. (2008). Guía de buenas práctica en la intervención social con la infancia, familias y adolescencia Desprotección Infantil. Manual de procedimiento de intervención ante situaciones de desprotección infantil para los servicios sociales de Asturias. Recuperado de https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos Sociales/Calidad/publicaciones/guiamanualdesprotección.pdf
- Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental-Ecological Analysis. *Psychol Bull.*, 114(3), 413-434. Recuperado de <https://0-search-proquest-com.catalog.uoc.edu/psycarticles/docview/614319447/fulltextPDF/3663ABB2DA B443B7PQ>
- Bruna, O. (2011). Rehabilitación Neuropsicológica: Intervención y práctica clínica. Editorial MASSON
- Culbertson, W.C. y Zillmer, E.A. (1999).Tower of London Drexel University. Examiner's manual. Research version. Nueva York: MHS, 1999.
- D'Zurilla, T.J., Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1) , 107–126. doi: 10.1037/h0031360
- Danese, A., Moffitt, T. E., Arseneault, L., Bleiberg, B. A., Dinardo, P. B., Gandelman, S. B., ... Caspi, A. (2017). The origins of cognitive deficits in victimized children: implications for neuroscientists and clinicians. *The American Journal of Psychiatry*, 174(4), 349–361. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16030333
- De Bellis, M. D. (2005). Psychobiology of Neglect. *Article Information*, 10 (2), 150-172. doi: 10.1177/1077559505275116
- De Renzi, E. y Vignolo, L. (1962). The token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 85, 665-678. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14026018>

- DeGregorio, L.J. (2013). Intergenerational transmission of abuse: Implications for parenting interventions from a neuropsychological perspective. *Traumatology: An International Journal*, 19(2), 158-166. doi: <http://dx.doi.org/cataleg.uoc.edu/10.1177/1534765612457219>
- Del Pino, R., Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D.J. y Ojeda, N. (2016). Test modificado de clasificación de tarjetas de wisconsin: Normalización y estandarización de la prueba en población Española. *Revista de Neurología*, 62(5), 193-202. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26916322>
- Díaz, J.A., Esteban, J., Romeu, F.J., Puyo, C., Gotzens, F., Pastor, P., Requena, E., Seiquer, J., Campoy, M.P., Llaquet, P. y García, J. (2006). *Maltrato infantil: Detección Notificación y Registro de Casos*. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. Recuperado de <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>
- García-Molina, A., Enseñat, A., Tirapu-Ustároz, J., Roig-Rovira, T. (2009) Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de vida. *Revista de Neurología*, 48(8), 435-440. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2008265>
- Giménez-Pando, J., Pérez-Arjona, E., Dujovny, M. y Díaz, F.G. (2007). Secuelas neurológicas del maltrato infantil. *Neurocirugía*, 18, 95-100. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v18n2/investigacion1.pdf>
- Golden C.J. (2001). Stroop. Test de Colores y Palabras. Manual. Madrid. TEA Ediciones.
- Grant, D. A., y Berg, E. A. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card sorting problem. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 404-411. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18874598>
- Heaton, R.K. (1981). Wisconsin Card Sorting Test Manual. Odessa (FL). Psychological Assessment.
- Ison-Zintilini, M. y Morelato-Gimenez, G. (2009). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas Psychologica*, 7(2), 368. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n2/v7n2a05.pdf>
- Kaplow, J.B. y Widom, C.S. (2007). Age of Onset of Child Maltreatment Predicts Long-Term Mental Health Outcomes. *Journal of abnormal psychology*, 116 (1), 176-187. doi:10.1037/0021-843X.116.1.176
- Kim, S., Kim, J.S., Jin, M.J., Im, C-H. y Lee, S-H. (2018). Dysfunctional frontal lobe activity during inhibitory tasks in individuals with childhood trauma: An event-related potential study. *Neuroimage Clinical*, 17, 935-942. doi:10.1016/j.nicl.2017.12.034.

- Marty, M.C. y Carvajal, A.C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (3), 180-187. doi:10.4067/S0717-92272005000300002
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 83-96. Recuperado de <https://0-search-proquest-com.catalog.uoc.edu/psychology/docview/1020569548/fulltextPDF/C0DD5982F68D4E21PQ/1?accountid=15299>
- Moreno, J.M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de psicología*, 18(1), 135-150. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/167/16718108/>
- Moreno, J.M. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de psicología*, 21(2), 224-230. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=16721204>
- Muela, A. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales de Psicología*, 24(1), 77-87. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/10-24_1.pdf
- Muela, A., Torres, B. y Balluerka, N. (2012). Estilo de apego y psicopatología en adolescentes víctimas de maltrato infantil. *Infancia y Aprendizaje*. 35(4). doi: 10.1174/021037012803495294
- Nelson, H.E. (1976). A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects. *Corte*, 12, 313-24. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1009768
- Nikulina, V. y Widom, C.S. (2013). Child Maltreatment and Executive Functioning in Middle Adulthood: A Prospective Examination. *Neuropsychology*, 27(4). doi: 10.1037/a0032811
- Organización Mundial de la Salud (2016). Maltrato infantil. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- Peña-Casanova, J., Casals-Coll, M., Sanchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R.M., Rognoni, T.,...Manero, R.M. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes): métodos y características de la muestra. *Neurología*, 27(5), 253-260. doi:10.1016/j.nrl.2011.12.019
- Peterson, L. y Brown, D. (1994). Integrating Child Injury and Abuse-Neglect Research: Common Histories, Etiologies, and Solutions. *Psychol Bull*, 116(2), 293-315. Recuperado de <https://0-search-proquest-com.catalog.uoc.edu/psycarticles/docview/614349907/fulltextPDF/C01B5EBF81B04849PQ/1?accountid=15299>. Accessed April 26, 2018.
- Plataforma neuronUP. <https://www.neuronup.com/es/activities>
- Reitan, R.M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 271-276.

- Rognoni, T., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R.M., Calvo, L.,...Peña-Casanova, J. (2013). Estudios *normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes)*: normas para las pruebas Stroop Color-Word Interference Test y Tower of London-Drexel University. *Neurología*, 28(2), 73-80. doi:10.1016/j.nrl.2012.02.009
- Sanmartín, J., Serrano, Á., Esteve, Y., Rodríguez, A., Martínez, P., Blundel, H. y Marmolejo, I.I.(2011). Maltrato infantil en la familia en España. Informe del Centro Reina Sofía. Informes y estudios de investigación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. doi: M-46828-2011
- Save the Children.(s.f.). Victimización de los niños. Barómetro de la infancia Violencia. Recuperado de <https://www.savethechildren.es/barometro-infancia/victimizacion-ninos> el 22 de Abril, 2018
- Smith, A. (1973). *The Symhol Digit Modalities Text*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Sohlberg, M.M. y Mateer, C.A. (1987). Effectiveness of an attention-training program. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9, 117–130. doi: 10.1080/01688638708405352
- Spann, M.N., Mayes, L.C., Kalmar, J.H., Guiney, J., Womer, F.Y., Pittman, B.,...Blumger, H.P. (2012) Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychol*, 18(2), 182-189. doi:10.1080/09297049.2011.595400
- Tamayo, F., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R.M., Rognoni, T.,...Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las pruebas span verbal, span visuoespacial, Letter-Number Sequencing, Trail Making Test y Symbol Digit Modalities Test. *Neurología*, 27(6), 319-329. doi:10.1016/j.nrl.2011.12.020
- Vargas, J. y Arán, V. (2014). Importancia de la parentalidad para el desarrollo cognitivo infantil: una revisión teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), 171-186. doi: 10.11600/1692715x.1219110813
- Wechsler, D. (2002) WAIS – III. Escala de inteligencia para adultos de Wechsler. Tercera edición. Paidós, Buenos Aires.
- Weller, J.A. y Fisher. P.A. (2013). Decision-Making Deficits Among Maltreated Children. *Child Maltreatment*, 18(3), 184-194. doi:10.1177/1077559512467846
- Xunta de Galicia (2010). Guía para a detección do maltrato infantil. Recuperado de <https://politicassocial.xunta.gal/export/sites/default/Benestar/Biblioteca/Documentos/Guias/guiamaltrato2010>.