



10
Rehabilitación de las alteraciones conductuales derivadas del daño cerebral adquirido

D.C.A.

Nº 10

CUADERNOS FEDACE SOBRE DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO



Cuadernos FEDACE sobre DCA

La Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE), se constituyó en Barcelona en 1995 y es una organización sin ánimo de lucro formada por asociaciones de personas afectadas por Daño Cerebral Adquirido y sus familias. Su función principal, como organización estatal, es la de vincular a todas las asociaciones territoriales para unir en una sola voz las necesidades y demandas de las personas afectadas; y a la vez representarles ante la administración y ante las instituciones. El número de personas con Daño Cerebral Adquirido ha aumentado en los últimos años. Las causas más comunes del mismo son los Traumatismos Craneoencefálicos (TCE) y los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV). A pesar de su incremento, esta discapacidad continúa siendo una desconocida: se ignoran sus secuelas y las situaciones que viven los afectados y sus familias. Además, la inexistencia de recursos específicos dificulta la recuperación y la reintegración social de este colectivo.

C/Pedro Teixeira 8, planta 10
28020 - Madrid
Tel: 91 417 89 05
Fax: 91 417 89 06
www.fedace.org

Rehabilitación de las alteraciones conductuales derivadas del daño cerebral adquirido



**REHABILITACIÓN DE
LAS ALTERACIONES
CONDUCTUALES
DERIVADAS DEL DAÑO
CEREBRAL ADQUIRIDO**

Madrid, noviembre 2.009
Edita: Federación Española de Daño Cerebral FEDACE
ISBN 13-798-84-692-6794-3

Con la colaboración de:
Obra Social CajaMadrid
Real Patronato Sobre Discapacidad
Fundación GMP

REHABILITACIÓN DE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES DERIVADAS DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

PRESENTACIÓN

Hemos llegado a la 10ª publicación, lo que supone un interesante hito en esta experiencia formativa que llamamos **Talleres FEDACE sobre daño cerebral adquirido**.

La documentación sobre experiencias de trabajo e investigación en Daño Cerebral Adquirido es escasa y poco accesible, de ahí el compromiso de FEDACE por mantener (afrontando con esfuerzo e imaginación la precariedad de recursos en la actual coyuntura) y mejorar cada día esta colección de publicaciones.

Los **Cuadernos FEDACE sobre DCA** es la publicación en la que se sintetiza el intercambio de experiencias de los/as profesionales que trabajan en las asociaciones de daño cerebral junto con las aportaciones puntuales de profesionales externos especialistas en el tema sobre el que se trabaja.

Esta apuesta por la divulgación del conocimiento sobre el Daño Cerebral, desde un ángulo eminentemente práctico se ha consolidado como un referente de interés, no sólo para nuestras asociaciones, sino para otros/as muchos/as profesionales y entidades que fuera del ámbito del movimiento asociativo trabajan en instituciones de carácter educativo social o asistencial.

Este cuaderno nº 10, que presentamos es resultado del trabajo llevado a cabo en el Taller sobre **Rehabilitación de las alteraciones conductuales derivadas del daño cerebral adquirido**.

Hay muchas personas con daño cerebral adquirido, especialmente las de origen traumático, que presentan trastornos de conducta.

Este tipo de secuelas es de difícil manejo y además inciden directamente en las opciones de aprovechamiento de los programas de rehabilitación, en cuyo proceso la escasa participación, el comportamiento alterado, etc., pueden resultar obstáculos insalvables.



Este tipo de secuelas constituye también una grave dificultad para la reinserción social y familiar, incrementando el riesgo de institucionalización psiquiátrica.

El reconocimiento de esta problemática, la puesta en común de las experiencias en los centros de nuestras asociaciones y la voluntad de articular estrategias para su tratamiento han constituido los ejes del desarrollo de este taller.

En estos trabajos han participado 20 profesionales de las asociaciones de FEDACE, coordinados por Álvaro Bilbao, Neuropsicólogo del CEADAC y Rocío Marín Coordinadora de Proyectos de FEDACE.

Gracias a todos/as por su contribución a los contenidos de este documento que les presentamos convencidos de su interés.

FEDACE

Madrid, octubre de 2009



Coordinación:

Álvaro Bilbao

Neuropsicólogo

CEADAC Centro Estatal de Referencia de Daño Cerebral

IMSERSO. Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales

Rocío Marín Capdevila

Psicóloga

FEDACE. Federación Española de Daño Cerebral

Colaboración:

Javier San-Sabas Guerrero. Neuropsicólogo. ADACCA

Miguel Pereyra Echeverría. Directivo. ADACE-CLM

Primitiva González. Neuropsicóloga. ADACE-CLM

Lucía Guzmán. Neuropsicóloga. ADACE-CLM

Paula Rodríguez Manjón. Neuropsicóloga. ADACEA ALICANTE

Amalia Precioso Gras. Monitora de ocio y tiempo libre. ADACEA ALICANTE

Estíbaliz Llorente Pérez. Terapeuta Ocupacional. ADACEA ALICANTE

Ana Carpena Ortuño. Neuropsicóloga. ADACEA JAÉN

Elisa López Fernández. Psicóloga. ADACE LUGO

Maite Palacios. Psicopedagoga. ADACEN

Gema Díaz Blancat. Psicóloga. AGREDACE

Roberto San Máximo Sánchez. Coordinador. ASDACE

Estíbaliz Ugarte. Psicóloga. ATECE ARABA

Núria Rivas. Psicóloga. ATECEA

Dolors Safont. Neuropsicóloga. ATENEU

Ana Aznar. Psicóloga. ATENEU

Susana Rozas Blanco. Neuropsicóloga. CEBRANO

Ciara Rueda de la Torre. Neuropsicóloga. DACE

Carmen María Máiquez Corbalán. Trabajadora Social. DACEMUR

Flor Alcolea Abad. Monitora de ocio y tiempo libre. NUEVA OPCIÓN

Raquel Company Soto. Psicóloga-Coordinadora. REHACER

María Esther Asensio Cubero. Neuropsicóloga. RENACER

Rocío García Calvo. Psicóloga-Directora. SARELA

Mercedes Moro Sette. Neuropsicóloga. TRACE

Patricia Avendaño Corral. Psicopedagoga. VIVIR



PRÓLOGO

Este trabajo ha sido elaborado a través de la revisión científica y de experiencias clínicas de los/as colaboradores/as de los talleres coordinados por FEDACE sobre manejo e intervención de las alteraciones conductuales en Daño Cerebral Adquirido desarrollados entre junio y septiembre de 2009.

A pesar de la enorme complejidad del tema abordado en este trabajo por la multidimensionalidad del problema y la escasa evidencia científica sobre el tema, las diferentes experiencias y bagaje profesional de los y las diferentes profesionales junto con la experiencia acumulada por los y las profesionales de las distintas asociaciones y centros de rehabilitación ha permitido elaborar una extensa revisión de una gran variedad de intervenciones y técnicas que han mostrado eficacia (científica o clínica) en la rehabilitación de las alteraciones conductuales.

Mi más sincero agradecimiento a todas las personas que con su esfuerzo, experiencia y generosidad han contribuido a compilar toda esta información que espero sea de utilidad a los y las profesionales que se aventuren a la intervención de estas alteraciones dentro y fuera del movimiento asociativo de las personas con Daño Cerebral Adquirido.

Álvaro Bilbao

Doctor en psicología

Neuropsicólogo

Centro Estatal de Referencia para la Atención al Daño Cerebral (CEADAC)

IMSERSO

Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales



ÍNDICE

PRÓLOGO	6
INTRODUCCIÓN	11
I.- ALTERACIONES CONDUCTUALES. DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍAS	13
II.- PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES	15
III.- EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA EN DAÑO CEREBRAL	25
3.1. Análisis funcional de la conducta	26
3.1.1. Introducción	26
3.1.2. La función, el para qué de una conducta	27
3.2. La evaluación funcional de la conducta	28
3.2.1. Fases de la evaluación funcional de la conducta	29
3.2.2. Desarrollo de un programa de apoyo conductual a partir de la evaluación funcional de la conducta	36
3.2.3. Otras herramientas de evaluación	40
IV.- TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PARA LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES	43
4.1. Intervención neuropsicológica	44
4.2. Intervención psicoterapéutica	45
4.2.1. Psicoterapia individual	46
4.2.2. Psicoterapia de grupo	47
4.3. Técnicas de modificación de conducta	48



4.3.1. Técnicas basadas en la toma de conciencia de la conducta	49
4.3.2. Técnicas basadas en el manejo de refuerzos	51
4.3.3. Técnicas basadas en la aplicación de castigos	54
4.3.4. Técnicas mixtas. Economía de fichas	56
4.3.5. Técnicas basadas en el modelamiento	59
4.3.6. Otras técnicas de modificación de conducta	63
4.4. Elección de técnicas de intervención en los problemas de modificación de conducta	63
V.- ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN DISTINTAS ALTERACIONES CONDUCTUALES	65
5.1. Conciencia del déficit	68
5.2. Impulsividad conductual	72
5.3. Agresividad	74
5.4. Habilidades sociales	80
5.5. Apatía	84
5.6. Bajo estado de ánimo	91
VI.- FAVORECER LA IMPLICACIÓN DE LA PERSONA CON DCA EN LA REHABILITACIÓN INTEGRAL	99
6.1. La entrevista motivacional	100
6.1.1. Introducción	100
6.1.2. El proceso de cambio	101



6.1.3. Principios generales de la EM	102
6.1.4. Técnicas básicas de la EM	103
6.2. Técnicas motivadoras	105
6.2.1. Introducción	105
6.2.2. Técnicas dirigidas a favorecer la implicación general de la persona en el proceso de rehabilitación	105
6.2.3. Técnicas dirigidas a reducir obstáculos que desmotiven al sujeto	106
6.2.4. Técnicas dirigidas a favorecer la regulación de la conducta en la rehabilitación	107
VII.- EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL MANEJO Y REHABILITACIÓN DE ALTERACIONES CONDUCTUALES	109
7.1. Entrenamiento básico de familiares	110
7.2. Programación de refuerzo y generalización en el hogar	111
VIII.- MANEJO PSICOFARMACOLÓGICO DE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES	115
8.1. Criterios de derivación a psiquiatría	117
IX.- CONSIDERACIONES FINALES	119
X.- BIBLIOGRAFÍA	123



INTRODUCCIÓN

Daño cerebral adquirido (DCA) es el término que agrupa a las lesiones del sistema nervioso central que ocurren de manera súbita y no congénita o progresiva. La repercusión de estas lesiones en las funciones físicas, sensoriales, cognitivas y emocionales puede ser tan severa y afectar a tantos sistemas simultáneamente que lo más habitual es que provoquen cambios dramáticos, tanto en las personas que lo sufren como en su entorno más cercano.

La rehabilitación es el proceso en el que los profesionales y la persona con discapacidad trabajan de manera conjunta para conseguir el máximo nivel de funcionamiento físico, social, psicológico y vocacional. La meta final de la rehabilitación es permitir a los pacientes y los familiares que viven con ellos manejar, sobrellevar o reducir los déficit cognitivos que se producen por una lesión cerebral (Wilson, 1999). Sin embargo, esta no es una tarea fácil ya que la complejidad de la lesión, del individuo y de su sistema de apoyo, factores todos que influyen poderosamente en la rehabilitación hacen que el tratamiento deba ser diseñado e implementado de una manera individualizada y meticulosa que hace de todo ello un proceso tremendamente complejo (Ben Yshay, 1993). Probablemente, esta complejidad que rodea al daño cerebral es la que condiciona que el tipo de rehabilitación que ha demostrado ser más efectiva es la que combina diferentes técnicas dirigidas todas ellas a mejorar la capacidad funcional del paciente en un esfuerzo conjunto y dinámico de terapeuta, familiares y pacientes y que se ha venido a denominar modelo comprensivo-holístico (Ylvisaker, 2002).

Dentro de las alteraciones que comúnmente se observan en las personas que han sufrido una lesión cerebral las alteraciones conductuales son las que, a largo plazo, más estrés provoquen en el entorno familiar de la persona que lo ha sufrido y las que más dificulten su integración social, escolar y laboral. Así mismo, las alteraciones conductuales pueden interferir tan poderosamente en el propio proceso de rehabilitación, que su manejo puede ser una cuestión crucial en la óptima recuperación funcional de la persona. Por todo ello la intervención en las alteraciones conductuales supone una prioridad en la rehabilitación de la persona con daño cerebral.

Una cosa que debe quedar clara antes de plantear la intervención en las alteraciones conductuales, es que el éxito de su manejo y su rehabilitación no proviene del dominio de una sola disciplina, sino que la adecuada aplicación de distintas técnicas es la única estrategia de intervención efectiva. Los recientes avances en neuropsicología, psicología de la conducta, psicofarmacología, psicoterapia individual, grupal y familiar aplicados



a la intervención en las alteraciones conductuales en daño cerebral ofrecen una serie de herramientas y estrategias de intervención que acercan más a los equipos de rehabilitación del daño cerebral al reto de la intervención en las alteraciones conductuales.

En este trabajo, los y las profesionales de FEDACE han puesto en común sus experiencias y conocimientos de distintas disciplinas para elaborar una guía de intervención de las alteraciones conductuales en el daño cerebral que debe ser utilizada, no tanto como un método de trabajo sino como una guía que oriente la intervención y a la que cada profesional debe aportar sus propias habilidades terapéuticas y su juicio clínico.



PARTE I

ALTERACIONES CONDUCTUALES.

DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍAS

Las alteraciones conductuales afectan a una gran cantidad de personas que han sufrido daño cerebral adquirido. Sin embargo, todavía hoy es difícil conocer el perfil de las alteraciones que presentan las personas que han sufrido una lesión cerebral. La enorme heterogeneidad no sólo en la sintomatología observada, sino también en sus manifestaciones clínicas y su clasificación por parte de los profesionales hace que sea difícil saber qué tipo de problemas son los más frecuentes y qué cantidad de dificultades se pueden dar en una misma persona.

Sin lugar a dudas el hecho de que el DCA recoja una gran heterogeneidad de lesiones en cuanto a etiología, intensidad y localización hace imposible que se pueda establecer una tipología de los síntomas conductuales que acompañan a las lesiones cerebrales de manera global. En el caso del daño cerebral, el impacto e interacción entre la localización y severidad de la lesión, la personalidad previa, la repercusión de la lesión en el estado funcional, las actitudes de la persona y familia son las que determinan la particular configuración de la conducta en cada persona.

Un reciente estudio (Kelly, Brown, Peter y Kremer, 2008) analizó la prevalencia de alteraciones conductuales en una muestra de 190 sujetos adultos con daño cerebral, ya dados de alta de sus centros de rehabilitación que acudieron a un centro especializado en intervención en trastornos conductuales. A través de distintos cuestionarios rellenados por sus familiares pudieron observar la prevalencia de distintas alteraciones conductuales en estas personas.

En el gráfico 1.1. se puede observar como casi el 86% de los sujetos estudiados presentaban problemas de agresividad verbal y habilidades sociales (siendo las alteraciones conductuales más prevalentes) y casi un 60% de los participantes del estudio presentaban problemas de iniciativa / apatía. Aproximadamente el 41% presentaba agresividad hacia otras personas, un 35% agresividad hacia objetos y un 28% conductas sexuales inapropiadas. Más aún cuando se observa los estudios reflejados en el gráfico 1.2, se observa cómo un 60% de los participantes del estudio presentaban 4 o más tipos de problemas conductuales y solamente un 5% presentaba 1 único problema conductual.

Estos datos ponen de relevancia no solamente la frecuencia de distribución de problemas conductuales en personas con DCA que sufren algún tipo de alteración conductual, sino también la complejidad y multidimensionalidad de estas alteraciones.

Probablemente, una de las razones que expliquen el porqué una misma persona tienda a presentar tantas alteraciones conductuales, sea que la clasificación es sólo



sintomática. En otras palabras, el hecho de que una persona presente agresividad, irritabilidad, conductas sexuales inapropiadas y labilidad emocional, lejos de sugerir que sufre cuatro síndromes distintos, muy probablemente indica que la persona sufre dificultades en el control de impulsos que se manifiesta en cuatro aspectos diferentes de la conducta.

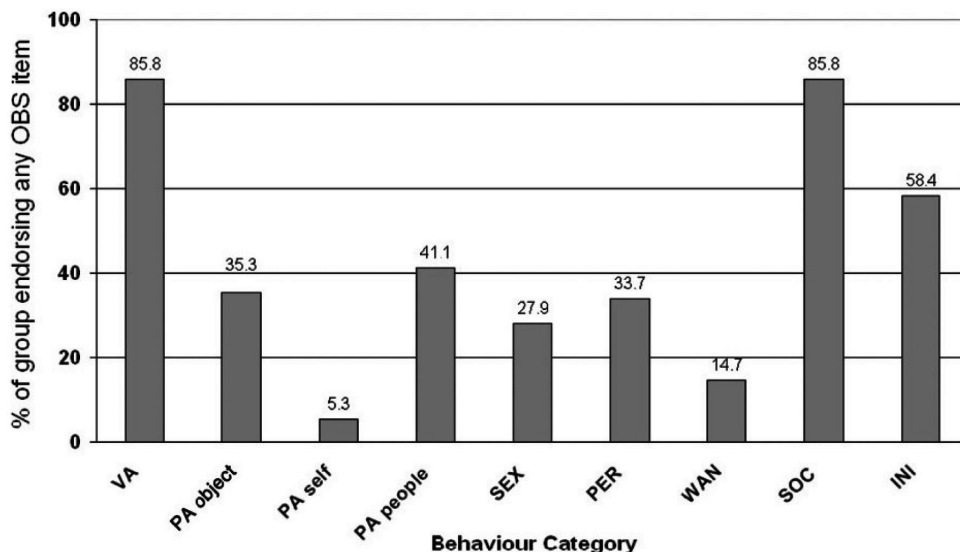


Gráfico 1.1. (Adaptado de Kelly, Brown, Peter y Kremer, 2008) Porcentaje de sujetos que presentan un tipo concreto de conducta desafiante en una muestra de 190 adultos que han sufrido DCA. VA = Agresión Verbal – PA object = Agresión física contra objetos – PA Self = Agresión física contra uno mismo – PA People = Agresión física contra otros – SEX = Conductas sexuales inapropiadas – PER = Conductas perseverativas - WAN = Deambulación - SOC = Conducta social inapropiada – INI = Falta de iniciativa

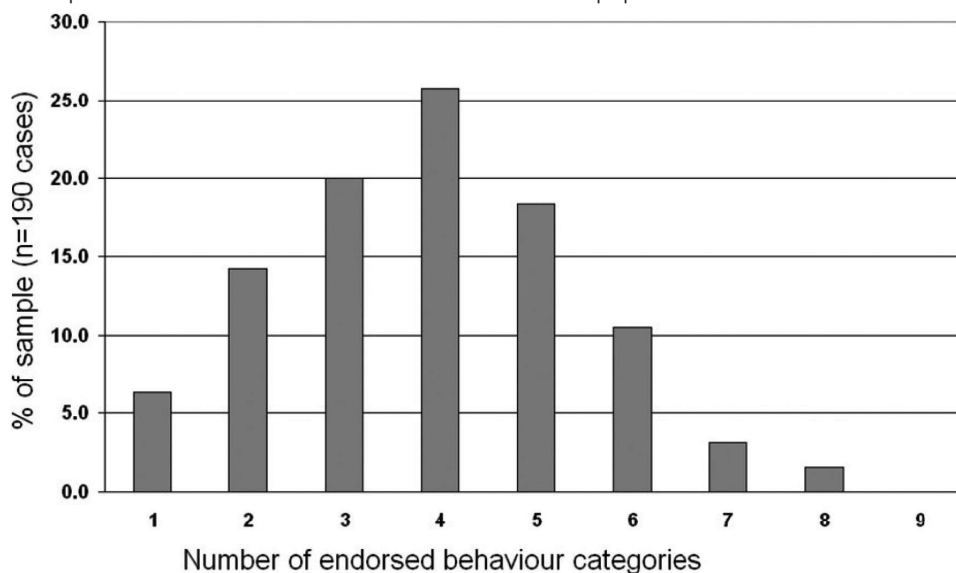


Gráfico 1.2. (Adaptado de Kelly, Brown, Peter y Kremer, 2008) Número de alteraciones conductuales observadas en cada sujeto de acuerdo con los informadores (porcentajes en una muestra de 190 sujetos).

Descripción de las principales alteraciones conductuales

Si tomamos como referencia las publicaciones de los últimos años respecto al ámbito de daño cerebral y conducta, encontramos que entre los trastornos emocionales y conductuales más frecuentes están los siguientes, los cuales pueden darse de forma combinada, aislada y en distinto grado:

Agitación: Se trata de un aumento significativo de la actividad motora, acompañado de alteraciones emocionales. Suele ser consecuencia directa del daño neurológico sufrido tras la lesión, aparece en los primeros momentos después de la lesión o al despertar del coma (coincidiendo, normalmente, con la fase hospitalaria) y va desapareciendo progresivamente. Durante esta fase de agitación la persona intenta arrancarse las vías o las sondas, se mueve con brusquedad, puede intentar golpear a sus cuidadores e incluso intentar levantarse de la cama a pesar de ser físicamente incapaz de hacerlo.

Deambulación: La deambulación suele ser una respuesta relacionada con la desorientación severa en la que la persona camina sin rumbo fijo, posiblemente respondiendo a un instinto básico de orientación. Estas conductas de deambulación pueden provocar que la persona abandone, de manera no consciente, los límites marcados por sus cuidadores para su seguridad (su hogar, el centro de rehabilitación) y puede suponer un riesgo importante para la persona principalmente por el riesgo de pérdida o atropello.

Labilidad emocional: Tras la lesión la persona puede tener dificultad en regular sus emociones así como la expresión de las mismas. La expresión de estas emociones puede parecer inadecuada en frecuencia (expresiones emocionales se manifiestan varias veces en una sola hora), intensidad (puede mostrar gran tristeza, alegría o enfado por un acontecimiento de baja intensidad) y duración (la expresión emocional suele durar un periodo muy corto). Asimismo, es frecuente que la emoción expresada pueda no estar en concordancia con el contexto en el que se da, así como la rápida alternancia entre expresiones emocionales (pasar de la risa al llanto o del enfado a la alegría rápidamente). Esta dificultad para regular tanto las emociones sentidas como su expresión suele reducirse a medida que la persona adquiere un mayor dominio de sus funciones ejecutivas.

Irritabilidad y agresividad: La agresividad es uno de los síntomas más disruptivos y que más dificulta la integración social, laboral y social de la persona con DCA. Las manifestaciones de esa irritabilidad pueden ser tanto verbales (gritos, amenazas e



insultos) como físicas hacia objetos (tirar o romper objetos) o hacia personas. Las personas que tienen dificultades de irritabilidad pierden el control ante pequeñas frustraciones de la vida diaria. A menudo en el DCA hay daños neurológicos que justifican la falta de control de estas respuestas de irritabilidad/agresividad, sin embargo suele haber factores ambientales que desencadenan estas emociones y que pueden favorecer que estas respuestas se mantengan en el tiempo.

Conducta Sexual Inapropiada: Uno de los aspectos más disruptivos de la dificultad de control de impulsos puede ser la desinhibición sexual. Las manifestaciones más comunes de la dificultad de control de impulsos sexuales son las verbalizaciones inapropiadas y los tocamientos más o menos explícitos. Estas conductas pueden verse favorecidas por una necesidad de conseguir afecto y una dificultad para conseguir ese afecto, llegando en ocasiones a cambiar hasta las preferencias sexuales de la persona.

Desinhibición conductual: Las dificultades en el control de los impulsos pueden provocar además de labilidad emocional e irritabilidad, conductas que se pueden definir como poco apropiadas en las que la persona realiza acciones que no son adecuadas de acuerdo a las normas sociales establecidas para un contexto concreto. En estos casos la persona demuestra una incapacidad para la represión y control de sus propios impulsos, así como para demorar refuerzos y gratificaciones moviéndose por el aquí y el ahora sin importar las consecuencias que sus acciones puedan tener y sin atenerse a las normas establecidas. Estas personas pueden abrir los paquetes de comida en los supermercados, saludar a desconocidos con excesiva confianza, coger cosas que no son suyas, o falta de control del dinero.

Depresión y ansiedad: La depresión es una entidad clínica compleja que puede provocar síntomas emocionales (tristeza, falta de confianza en el futuro...) físicos (trastornos del sueño, fatiga...) y cognitivos (problemas de atención, de memoria...). La manifestación sintomática de la depresión puede ser diferente en cada persona. Hay que tener en cuenta en este punto, aquellos síntomas que son resultado de la lesión como la fatiga, apatía... de aquellos que corresponderían a un episodio ansioso – depresivo. Así mismo la etiología del estado depresivo puede responder a factores neurofisiológicos (alteración en los circuitos serotoninérgicos o dopaminérgicos) o a un trastorno adaptativo relacionado con la repercusión de la lesión en la vida social, familiar y laboral, así como la disminución en la capacidad funcional de la persona. Todo ello dificulta su diagnóstico y la elección del tratamiento más adecuado.

Apatía: Es consecuencia directa de un daño cerebral en las zonas relacionadas con la iniciativa junto con un déficit motivacional, a diferencia de la depresión que es fundamentalmente una alteración emocional. Los pacientes apáticos se muestran



incapaces de programar y regular una actividad, tienen escasa motivación para realizar incluso, las que antes disfrutaban. No inician acciones sino se les proponen, aparece retraimiento social y conducta letárgica. Ejemplo de ello, en casos severos, sería el momento de la comida en que hay que darles la instrucción incluso para que cojan los cubiertos y se lleven el bocado a la boca y esto se generaliza a todas las actividades de la vida diaria.

Egocentrismo: Se comportan como si tuvieran derecho a todo, les cuesta empatizar con las otras personas y adoptar su punto de vista. Normalmente quieren imponer su criterio a los demás y se alteran cuando esto no ocurre mostrando conductas desadaptativas, cólera, miedo...



PARTE II

PREVENCIÓN Y MANEJO DE

LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES



El análisis funcional de la conducta pone de manifiesto que en personas con DCA, los factores naturales relacionados con el entorno del sujeto son con frecuencia desencadenantes de la aparición de problemas conductuales.

Estos factores naturales comprenden las características físicas del entorno, las características programáticas (referidas a la actividad habitual del sujeto) y a las características de las personas que se relacionan con el sujeto (modos de interacción) que afectan a la conducta en diverso grado. Un entorno adecuado puede compensar las dificultades cognitivas de la persona con DCA, permitiéndole adaptarse y alcanzar sus metas con mayor facilidad. Sin embargo, una mala planificación y control de estos factores puede suponer una barrera que dificulte esta adaptación, aumente el estrés ya existente y suponga en sí misma, un desencadenante de las alteraciones conductuales; el exceso de información sensorial puede dificultar aún más el procesamiento de información en sujetos con problemas atencionales o ejecutivos. La falta de señalización y homogeneidad en los entornos físicos, junto con una programación poco homogénea y estructurada, puede agravar los problemas de desorientación y dificultar la capacidad para realizar tareas y aprender rutinas en personas con déficit ejecutivo o problemas de memoria (Revisado en Bilbao y Díaz, 2008).

Dado que estos factores naturales pueden ser poderosos desencadenantes de las alteraciones conductuales de la persona con DCA, su control y manejo adecuados pueden facilitar en primer lugar, la prevención de las alteraciones y en segundo lugar, una técnica a tener en cuenta a la hora de intervenir si estas conductas ya han aparecido.

Características físicas del entorno

Elementos sensoriales tales como exceso de ruido, olores fuertes, luz muy fuerte o demasiado tenue, la temperatura del lugar, etc. pueden provocar malestar o irritación desencadenante de dichas alteraciones.

Entorno físico en sí puede ser también un desencadenante; cambios frecuentes de entorno, espacios demasiado reducidos o al contrario, excesivamente amplios, muebles incómodos o la falta de elementos que faciliten su implicación en diversas actividades.

Factores programáticos

La planificación de las actividades y rutina diaria del sujeto juegan un papel también importante en las conductas disruptivas. De esta manera, un exceso de planificación o planificación muy rígida de las actividades en las que el sujeto no tiene opción de elegir o dar su opinión, o en el otro extremo, la falta de planificación o exceso de tiempo libre, así como los cambios frecuentes o imprevistos en la rutina pueden provocar frustración y nerviosismo.



Factores sociales

Las características de la interacción de otras personas con el sujeto pueden estar relacionadas con la aparición de alteraciones conductuales. Por lo tanto, hay que contemplar que la alteración conductual puede estar conectada con la presencia de una persona concreta, un contacto físico demasiado cercano por parte de otras personas, comentarios de las personas de alrededor, con el tono de voz de otros, la poca atención recibida, las exigencias que se le imponen y las correcciones que se le realizan en las tareas o actividades, con el cambio de personal que le atiende, etc.

Además de todo esto, hay que tener en cuenta que la comunicación con la persona afectada de DCA es el primer paso para comenzar una relación terapéutica efectiva, tanto en el domicilio como con los profesionales de la rehabilitación. Es fundamental que la comprensión de los mensajes que transmitimos lleguen de una manera correcta y que seamos capaces de traducir y comprender sus señales para poder empezar a trabajar.

En el DCA los problemas que dificultan la comunicación son muchos y se requiere de un correcto manejo de técnicas de comunicación específicas dirigidas a compensar los déficit que provocan estas dificultades de comunicación.

Problemas de atención: Casi todos los pacientes con daño cerebral tienen problemas de atención de mayor o menor severidad. La capacidad para atender a una persona que les está hablando puede estar alterada en pacientes que están muy afectados, pero también suelen estar afectadas otras funciones de la atención como la atención dividida, de hecho los problemas de atención dividida son los que más tarde se recuperan. Comunicarse con ellos en una manera y en un entorno adecuado es la mejor forma de ayudarles a recuperar su capacidad para prestar atención a las cosas.

Llamar su atención antes de hablar (diciendo su nombre)
Asegurarnos de que nos mira
Decir frases muy cortas
Hablar sólo una persona cada vez
Eliminar distracciones (televisión, radio)
Ordenar la habitación y toda la casa
Hablar pausadamente
Pedir que repita lo que le dijimos
Ser pacientes (puede tardar en responder)
Repetir las cosas si vemos que no ha atendido
Frases de extensión normal
Reducir distracciones si hablamos con él/ella
Darle tiempo para contestar



Problemas de memoria: Casi la totalidad de personas que sufren una lesión cerebral tienen problemas de memoria. Estos problemas de memoria les dificultan mucho para relacionarse con otras personas, aprender a hacer cosas, así como ocuparse de sus cosas y cuidar de ellas mismas.

Hay que tener en cuenta que la persona con problemas de memoria puede estar menos asustada, nerviosa y agresiva si se le explica lo que va a hacer y se le ayuda a tener claro su agenda de actividades futuras. Le permite sentirse un poco más segura sabiendo lo que va a pasar.

No dar por supuesto que sabe o se acuerda de cosas que pasaron hace un día o hace 5 minutos
Ser explicativos y repetir las cosas que pensemos que no recordará
Apuntar las cosas en una agenda o libro de memoria
Preguntar si se acuerda de lo que hablamos; si no se acuerda repetírselo
Dar pistas para que recuerde (empieza por esta letra, estábamos en tal sitio)
Apuntar en una agenda
Si vemos que pone cara de extrañeza preguntarle si sabe de qué hablamos

Problemas de comprensión del lenguaje: Una parte imprescindible del trabajo diario del equipo de rehabilitación implica la necesidad de comunicarse con el paciente. Comunicarse es comprender lo que nos dicen y hacernos comprender. Son muchos los motivos que provocan que podamos tener dificultades de comunicación con un paciente con daño cerebral.

Algunos pacientes no son capaces de comprender los sonidos de las palabras o de emitirlas (a estos pacientes les llamamos afásicos). Con estos pacientes es importante no repetirles mucho las cosas, porque no entienden. Es más recomendable que seamos flexibles y utilicemos gestos y señales.

Presentar la información con ejemplos por tantas vías como sea posible (lectura, verbal, gestual)
Enfatizar la vía que él/ella mejor entienda
Decir frases sencillas
Si no entiende algo decirlo de otra forma
Si vemos que no nos ha entendido se lo repetimos de una manera más sencilla

Problemas de funciones ejecutivas: Las alteraciones en las funciones ejecutivas provocan en la persona con daño cerebral dificultades para comprender información abstracta o demasiado compleja.



Hablar de cosas sencillas
Dar ejemplos
Si hablamos de alguien, decir su nombre
Hacer frases que sean claras
No hablar de cosas muy abstractas
Hablar con normalidad
Si hablamos de algo difícil podemos intentar que él dé un ejemplo o que lo explique para comprobar que lo ha entendido.
Evitar metáforas y dobles sentidos

Problemas de fatiga: Es muy frecuente que los pacientes con daño cerebral experimenten más fatiga y antes que otras personas. Por eso es recomendable utilizar las horas en las que el paciente está más despierto (por la noche y después de comer seguramente estará más cansado). Asimismo, es importante, si notamos que está cansado, actuar como si su atención estuviera en un nivel muy bajo por lo que utilizaremos frases cortas y claras, eliminaremos distracciones y nos aseguraremos de que nos entiende.

Conversaciones cortas
Descansar si se fatiga
Aprovechar los ratos en los que está más despierto (mañanas)
Bajar el nivel de exigencia y ofrecer ayudas / pistas si vemos que está cansado

El correcto manejo de las técnicas de comunicación, combinado con un adecuado control del entorno físico, social y programático, pueden prevenir la aparición o frecuencia de las alteraciones conductuales, por lo que el diseño de los espacios y tareas, el control de la estimulación sensorial ambiental (tanto en el centro de rehabilitación como en el hogar) junto con el entrenamiento en habilidades de comunicación (de terapeutas y familiares) deben suponer siempre el primer paso en la prevención e intervención de las alteraciones conductuales.



PARTE III

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA

EN DAÑO CEREBRAL



Las importantes repercusiones que las alteraciones conductuales provocan en la rehabilitación y en la vida de la persona con daño cerebral, hacen que su identificación y evaluación sea un elemento indispensable para proceder a la intervención lo más precozmente posible. En este sentido, se han elaborado diferentes cuestionarios y escalas que nos permiten detectar y evaluar la presencia y severidad de estas alteraciones. Sin embargo, evaluar la severidad de una conducta, suele ofrecer tan poca información sobre los factores que la originan y la mantienen que sólo una compleja evaluación de la conducta, posibilita una adecuada intervención de estos trastornos. El análisis funcional de la conducta es, sin lugar a dudas, no sólo el sistema más adecuado para evaluar estas alteraciones en el ámbito clínico, sino que supone en sí misma la primera herramienta de intervención (Ylvisaker 2007).

3.1. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

3.1.1. Introducción

El análisis funcional de la conducta constituye la primera fase dentro del proceso de evaluación e intervención en los problemas de conducta. Consiste en un proceso de recogida y análisis de información (fiable y pertinente) sobre la persona, el ambiente social, interpersonal y físico, así como todo lo relativo a la conducta problema que tiene como objetivo determinar las variables causales, que contribuyen a la aparición y mantenimiento de una conducta. Los datos recogidos y contrastados durante este análisis exhaustivo de la conducta, permiten diseñar programas orientados a controlar estas variables causales que motivan y mantienen la conducta, con el objetivo final de producir cambios en la conducta problema.

Para ayudar a comprender la técnica y los pormenores del análisis funcional de la conducta, durante todo este apartado vamos a compaginar las explicaciones teóricas con el estudio del caso de Pablo, una persona que sufrió DCA hace tres años y que recientemente está manifestando conductas de irascibilidad en el hogar, lo que está provocando un gran estrés en las relaciones familiares.



Pablo es un joven de 34 años que sufrió una lesión cerebral hace 3 años. La conducta de Pablo desde hace dos meses ha cambiado, con lo que la responsable de su caso nos hace una derivación. En casa se muestra irascible, no quiere colaborar en las tareas y tira objetos al suelo. La esposa no refiere cambios significativos en el entorno familiar. Esta demanda más colaboración en casa -apenas le queda tiempo tras el trabajo y llega muy cansada- y que no reaccione tirando las cosas. Han probado con un sistema de premios para la colaboración en las tareas, para que éstas le sean más atractivas, y castigar la conducta de Pablo de tirar objetos disminuyendo las salidas a la calle. Se consiguió que Pablo participara más en algunas tareas, aunque no en todas las que realizaba antes, y manifiesta sentirse frustrado y tratado como un niño al haberle reducido las salidas. Esto último está afectando a la vida social y de pareja de ambos.

Lo único que conocemos hasta el momento, es la demanda hecha por su esposa en la que solicita más ayuda por parte de Pablo y la disminución de los enfados. La intervención realizada con anterioridad responde fielmente a la demanda de la esposa.

3.1.2. La función, el *para qué* de una conducta.

Todas las conductas que realizamos a lo largo del día cumplen una función (poner la mano sobre el hombro de alguien, fumar un cigarrillo, el gesto del saludo, guardar silencio,...). Es decir, para la persona su conducta tiene una utilidad, aunque en ocasiones no entendamos su significado (cuántas cosas hace la gente que nos rodea que no comprendemos). Recordar, además, que los recursos de una persona tras un DCA han podido cambiar en todos o en algún aspecto (cognitivo, emocional, conductual, etc.) y la persona puede estar intentando buscar respuestas alternativas que le resulten adaptativas para interactuar con el contexto ahora, para él/ella, cambiante.

Para poder ofrecer el apoyo que Pablo necesita se ha de ser capaz de identificar por un lado, la función de la conducta problema, y por otro, una conducta más apropiada que sea equivalente en cuanto a la función que cumple. Si Pablo no cuenta en su repertorio con una, su ambiente puede facilitársela. De no ser así, al tratar de eliminar el problema, se estará erradicando la herramienta que a él le está resultando útil para responder a las demandas del entorno con sus recursos actuales.

En el proceso de adaptación de la persona al ambiente cabe preguntarse lo siguiente: ¿Es realmente la conducta un problema? ¿Para quién? “Problemática” es una etiqueta que va a cambiar según el observador, contexto socio-cultural o momento

histórico. La intervención conductual es una actuación intencionada de terceros, elaborada para la consecución de un cambio conductual deliberado e implantada en el contexto de la vida de otra persona. El impacto de esta intrusión ha de estar bien argumentado (existe un riesgo para la persona o para los que le rodean, le impiden participar de contextos que para él/ella son importantes, etc.) y respaldado por una actuación responsable, respetuosa y, en todos los casos, acompañada de un consentimiento informado.

3.2. LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Descubrir los puntos fuertes y débiles, tanto de Pablo como del contexto en el que está ocurriendo la conducta, la conducta en sí misma y las relaciones que se establecen entre lo que pasa antes y después de la conducta, será la información que nos permita establecer hipótesis sobre la función de la conducta y la razón de su mantenimiento en el tiempo.

En algunos casos la relación entre una respuesta y lo que sucede inmediatamente antes o después – la conducta de Pablo y la demanda de su esposa – parece directa y suficiente para explicar lo que está sucediendo y cómo se podría resolver el problema. Sin embargo, pueden estar concurriendo variables que no sean tan fáciles de ver. Son las que llamaríamos causas remotas (Ej. Experiencias en el pasado, aprendizajes, etc.). Destapar y comprender tanto las causas distales como las proximales (o inmediatas) se hace a través de una evaluación en profundidad de la situación de Pablo.

La **evaluación funcional** de una conducta es un proceso en el que se recoge y se analiza información (fiable y pertinente) sobre la persona, el ambiente social, interpersonal y físico, así como todo lo relativo a la conducta problema.

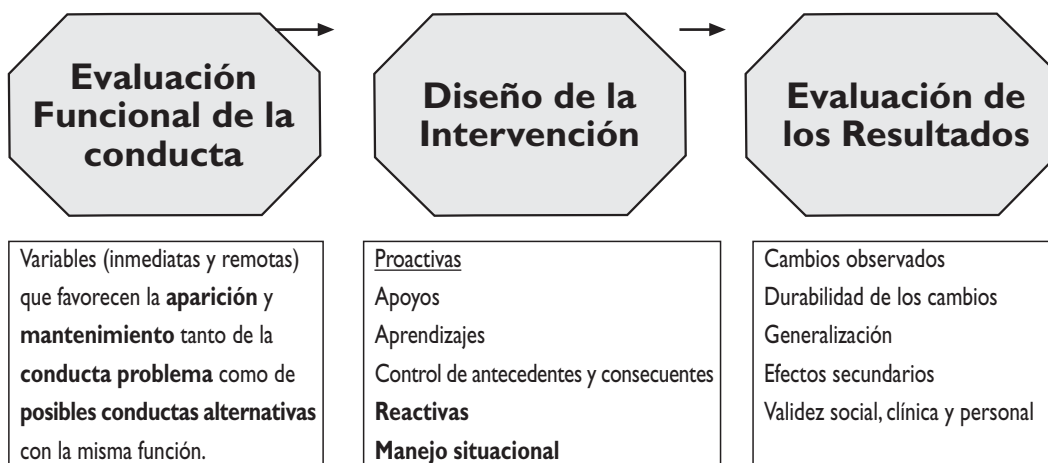
La ausencia de evaluación o evaluación parcial conduce con frecuencia a intervenciones más largas y poco exitosas o incluso intervención sobre conductas incorrectas. Por el contrario, la realización de una evaluación adecuada va a permitir:

- a) Recoger toda la información necesaria para poder realizar una formulación psicológica coherente del problema.
- b) Establecer una línea base, desde la cual se pueda evaluar la efectividad de la intervención y de futuras modificaciones en las sucesivas revisiones.
- c) sistematización de la evaluación favorece el control de las variables y la identificación de posibles errores en el proceso.
- d) Recabar datos sobre las fortalezas con el objeto de identificar conductas funcionalmente equivalentes.



- e) Obtener las claves de cara al desarrollo del plan de intervención. Permitirá así que el programa conductual sea ajustado a las necesidades de la persona y su ambiente. Es un imperativo de cara a la programación de estrategias, tanto proactivas como reactivas, para poder apoyar conductualmente a la persona que presenta alteraciones de conducta.

La siguiente secuencia ilustra los pasos que permiten el apoyo que necesita una persona con problemas de conducta.



Por la complejidad de las variables es importante asegurarse que acudimos a las fuentes adecuadas para extraer la información, usamos las herramientas pertinentes para su estudio y abarcamos todas las áreas que pueden estar influyendo en el repertorio conductual de una persona afectada de DCA, que no exploraríamos en el caso de una persona sin afectación.

Si la conducta presenta un alto riesgo para sí mismo u otras personas de su entorno, sería conveniente hacer en primer lugar, un análisis de los riesgos y de la conducta para formular una estrategia reactiva. Ello facilitaría el manejo de la conducta mientras se realiza la evaluación y se confecciona el programa de apoyo conductual.

3.2.1. Fases de la evaluación funcional de la conducta

Para que la evaluación permita el desarrollo de un programa de apoyo ajustado a las necesidades reales de la persona, es fundamental el asegurarse que se ha llevado a cabo el proceso en su totalidad. Aunque algún área parezca a priori de menor importancia, puede estar enmascarando causas remotas de la conducta de la persona. La pericia con la que se realiza la búsqueda de la información, va a influir en la calidad de las hipótesis que al final se planteen. Señalar, además, que éstas van a ser la base sobre la que se construya el programa de apoyo conductual.

Evaluación Funcional de la conducta

Fase 1: - Información Preliminar

Fase 2: - Evaluación de la persona, en su ambiente social, interpersonal y físico.
- Desarrollo de hipótesis.

Fase 3: - Análisis funcional de la conducta.
- Comprobación de las hipótesis.

FASE 1. Información preliminar.

Se busca información práctica sobre la persona que manifiesta la conducta y otras personas claves en su entorno. El objetivo es sentar las bases para un mejor contacto.

Datos persona	Nombre, apellidos, dirección, teléfono, fecha de nacimiento. Datos preliminares de necesidades comunicativas de la persona.
Grado de discapacidad física, sensorial y cognitiva	Descripción breve de las limitaciones físicas, sensoriales y cognitivas con el objeto de poder ofrecer un entorno adaptado y favorable a lo largo del proceso.
Entornos en los que participa	Domicilio, centro de día, centro ocupacional, ocio, rehabilitación.
Personas con las que mantiene contacto	Familiares y amigos, tutor/a de su caso, personal en rehabilitación, persona de contacto de los distintos sitios a los que acude.
Intervenciones previas	Detalle de la historia previa y personas que participaron en las intervenciones.
Causa de la derivación	Quién realiza la derivación, motivos, impacto de la conducta.

FASE 2: Evaluación de la persona, su ambiente social, interpersonal y físico. Desarrollo de hipótesis.

Recogida y evaluación de información referente a:

1) Puntos fuertes y débiles en cuanto a habilidades, capacidades, oportunidades y recursos. 2) Necesidades derivadas de los puntos débiles. 3) Gustos y preferencias personales. 4) Historia: desarrollo, social, médico y de uso de recursos de rehabilitación y de apoyo. 5) Resumen de fortalezas y debilidades de cada área y desarrollo de hipótesis.



No se hará mención sobre las herramientas de recogida de información ya que serán tratadas en detalle en el siguiente apartado (entrevistas: persona afectada, familiar, personas del entorno...; cuestionarios, autoinformes...; observación directa, registros conductuales, etc.) Por motivos de espacio, se empleará el caso de Pablo para ilustrar sólo los resúmenes y conclusiones, entendiendo que previamente han sido cubiertos todos los apartados con la información pertinente sobre su caso.

PERSONA

GENERAL

	Recogida de información
Sucesos vitales y personas significativas	<p>Información a destacar sobre: desarrollo, historia educativa y laboral, ocio y actividades sociales, eventos y personas importantes en su vida, esquema familiar y relaciones.</p> <p>Cambios desde DCA: modificaciones en las relaciones familiares, sociales y laborales, de acceso y apoyos para el ocio y participación activa en su comunidad.</p> <p>¿Qué ha funcionado y no en el pasado? Contextos, condiciones, situaciones, etc., a las que se adaptó con facilidad y a las que no.</p>
Aspectos médicos y de salud (físicos)	<p>Previos y posteriores al DCA (diferenciar): problemas dentales, dermatológicos, menstruales, digestivos, asma, auditivos, visuales, alergias, epilepsia, historia psiquiátrica, etc.</p> <p>Descripción de la causa del DCA y evolución.</p> <p>Molestias frecuentes y soluciones: dolor de cabeza, dolores musculares, somnolencia, cansancio, falta de energía, cansancio ocular, etc.</p> <p>Farmacología: medicación, dosis, motivo de administración y efectos secundarios.</p>
Intervenciones previas	<p>Motivo de las intervenciones.</p> <p>Descripción.</p> <p>Evaluación del éxito/fracaso.</p>
Estado afectivo	Historia previa y actual de tratamiento psicológico y psiquiátrico (diferenciar).
Estado físico y sensorial	Problemas y apoyos que favorecen la independencia: visión, audición, tacto, gusto, olfato, movilidad de miembros superiores e inferiores; ayudas técnicas para el desplazamiento, otras ayudas técnicas, etc.



CAPACIDADES Y HABILIDADES

	Información a recoger
Perfil cognitivo	Funciones alteradas y preservadas: orientación, atención, lenguaje, funciones mnésicas, ejecutivas, visoperceptivas y visoespaciales, praxias, etc. Conciencia de los déficit.
Habilidades comunicativas y de relación	Puntos fuertes y débiles: expresión de necesidades y sentimientos, emociones, gustos; habilidades sociales de escucha, empatía, etc.
Habilidades de aprendizaje	Puntos fuertes y débiles: apoyos, estrategias y condiciones que facilitan/impiden nuevos aprendizajes.

MOTIVADORES

	Recogida de información
Inventario de preferencias y gustos	Situaciones, actividades, tareas, etc. que le gustan y no le gustan: inventario de los gustos y “no gustos”, las que realiza, las que no puede por falta de apoyos, las que le gustaría realizar, etc.
Calidad de vida	Hasta qué punto el estilo de vida actual de la persona se corresponde con lo que para él/ella es importante.

AMBIENTE

DOMICILIO, LABORAL, ETC. (todos los que proceda)

	Recogida de información
Expectativas	De los demás hacia la persona afectada. De la persona sobre los demás y sobre la actividad que se lleva a cabo.
Actividades	Organización de las actividades, existencia de un horario y uso de éste, si la persona lo conoce/recuerda; apoyos para saber qué he hecho y qué es lo próximo; topografía de las actividades, duración, descansos, etc.
Personas del contexto	Personas que comparten el ambiente, características; presencia de personal de apoyo.
Condiciones	Condiciones de ruido, temperatura, estimulación, cantidad de actividad en un momento dado.



Acceso a necesidades básicas	Acceso a comida o bebida, baños, área de descanso, etc.
Interacción	Cómo es la comunicación con otros, cómo se piden las cosas, qué proporción hay de interacciones positivas, negativas y neutras, etc.
Oportunidades	Para interactuar con otros, realizar actividades agradables; expresar ayuda, necesidades, aprender, descansar, etc. Para hacer elecciones personales; para tener responsabilidades.
Apoyos	¿Qué apoyos están siendo usados en este ambiente? Teniendo en cuenta todas sus necesidades (físicas, sensoriales, cognitivas, emocionales, etc.)

RESUMEN Y DESARROLLO DE HIPÓTESIS

Resumen de la información recogida	Por áreas aglutinar los puntos fuertes y débiles de la persona.
Desarrollo de hipótesis	Desarrollo de las hipótesis que pueden explicar el problema.

FASE 3. Información preliminar.

El análisis funcional de una conducta es una fase dentro del proceso de la evaluación conductual. Permite determinar las variables causales que contribuyen a la aparición y mantenimiento de una conducta y que si son controladas podemos producir cambios en la conducta problema. Para ello habrá que recoger toda la información relativa a la conducta (antecedentes, consecuentes, etc.)

Los **antecedentes** hacen referencia a lo acontecido justo antes de la emisión de una conducta y los **consecuentes** a lo inmediatamente después. Los antecedentes (personas presentes, tipo de actividad...) pueden servir de estímulo o detonante para que aparezca una conducta. En cuanto a los consecuentes: Toda consecuencia que haga aumentar la probabilidad de que ocurra será un **reforzador**. Si por el contrario disminuye la probabilidad de que vuelva a darse la conducta se estará hablando de un **castigo**. A veces es tentador pensar que hay consecuencias que son reforzadores o castigadores universales, lo cual es un error. Una consecuencia será un refuerzo o un castigo si, y sólo si, demostramos que aumenta o disminuye la conducta. Y sólo lo sabremos tras registrar la conducta y ver qué sucede.

Analizando los posibles refuerzos (tanto negativos como positivos¹), además de saber qué variables están manteniendo la conducta, dará pistas sobre la utilidad de la conducta para la persona y qué control, a nivel de los antecedentes podrían mejorar la situación.

Si la persona afectada tiene suficiente nivel de introspección, podría ser de mucha utilidad el incluirla en el análisis y que aportara información sobre lo que le sucede durante los episodios en los que presenta la conducta problema.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y DEFINICIÓN OPERATIVA DE LA CONDUCTA

Descripción	Describir exactamente cuál es la conducta problema usando un lenguaje claro, concreto y sin ambigüedades. Ser descriptivo en cuanto a: expresión facial, sonidos, lenguaje corporal, lenguaje verbal, etc.
Definición de comienzo y fin	Definición del comienzo: aspecto de la conducta de la persona que indica el inicio (de la conducta problema). Definición del fin: aspecto de la conducta de la persona que indica el término (de la conducta problema).
Curso y descripción del incidente más reciente	Descripción del curso de la conducta. Si comienza gradualmente o por el contrario es imprevista. Si hay indicadores o señales previas que indiquen la probabilidad de la ocurrencia de la conducta o de su terminación. Descripción de un incidente reciente o el que mejor se recuerde.
Duración	Cuánto dura la conducta desde su comienzo hasta su fin.
Severidad	Impacto de la conducta sobre la persona, otros/as o el ambiente.
Frecuencia	Cuántas veces ocurre la conducta, según sea a la hora, día, semana, etc.
Línea base	La recogida de la ocurrencia de una conducta- en su contexto natural- durante un período de tiempo permite obtener la base desde la que posteriormente comprobaremos los cambios (según lo registrado: frecuencia, intensidad, duración, etc.) tras la intervención.

Frecuencia de la conducta																									
Fechas (días, número de semanas, meses, etc.)																									

¹Negativo=retirada; Positivo=presentación. Refuerzo positivo se refiere al aumento de la probabilidad de la ocurrencia de una conducta como resultado de la presentación de un estímulo. (ej. Conducta: Pulso un botón, presentación de un estímulo: sube el ascensor). Refuerzo negativo se refiere al aumento de una conducta como resultado de la retirada de un estímulo (ej. Conducta: piso el freno, retirada de un estímulo: no hay choque).



HISTORIA DEL PROBLEMA

Aparición del problema	Cuándo fue la primera ocurrencia.
Curso en el tiempo y fluctuaciones	Qué curso ha presentado el problema a través del tiempo desde su aparición. Si se han observado incrementos o decrementos.
Insight	Si la persona comprende lo que ha pasado, es capaz de entender el impacto o consecuencias de su conducta.
Sucesos o condiciones agravantes	Circunstancias o sucesos personales/vitales que puedan haber afectado al problema.
Cualidades cíclicas	Si se dan patrones cíclicos, incrementos o decrementos que se repiten a ciertas horas, días de la semana/mes, etc.
Condiciones médicas influyentes	Si hay problemas médicos que puedan estar influyendo.

ANÁLISIS DE LOS ANTECEDENTES

Situaciones y lugares donde ocurre y no ocurre la conducta	Descripción de los sitios en donde se da la conducta; lugares donde es más probable su aparición. Descripción de los sitios en donde la conducta no se da nunca. Lugares donde es menos probable su aparición.
¿En presencia de qué personas?	Se da o empeora la conducta. No se da o mejora la conducta.
Previo a la conducta	Justo antes: Qué parece detonar la conducta: personas, ruidos, críticas, demandas, cosas que la gente dice, etc. Condiciones que hacen que la conducta no se dé o se dé con menor frecuencia o intensidad.

ANÁLISIS DE LAS CONSECUENCIAS

Último episodio	Qué se hizo la última vez que ocurrió la conducta.
Las personas	Cómo reaccionan y qué hacen las personas presentes (gestos, verbalizaciones, acciones, omisiones, etc.)
Intentos pasados	Qué se ha intentado y efectos conseguidos a corto y largo plazo.
Efecto sobre los demás	Qué sucede con los demás cuando aparece la conducta.
Potenciadores y debilitadores	Acciones que parecen empeorar y mejorar la conducta cuando ésta se da.
Conducta posterior	Qué hace la persona después; si lo recuerda, habla, guarda silencio, se va, etc.



COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS, IMPRESIÓN Y ANÁLISIS DEL SIGNIFICADO

La manera más segura de que se está ante la posible explicación o hipótesis más acertada, sería la de manipular las variables y observar si se ha producido algún cambio en la conducta. No obstante, motivos de recursos (tiempo, personal, etc.) y éticos (habría que incitar a la persona a reproducir la conducta problema) hacen que optemos por la extracción de información sobre los antecedentes y consecuentes de una conducta mediante la observación en el contexto natural sin provocar su aparición. Cuanto más converjan las hipótesis previas desarrolladas con los datos extraídos en la observación natural, más probabilidades habrá de que estemos ante la hipótesis correcta.

3.2.2. Desarrollo de un programa de apoyo conductual a partir de la evaluación funcional de la conducta

En la literatura sobre investigación en el campo de las alteraciones conductuales, se observa un cambio en el foco de la intervención. Este cambio va desde la orientación más tradicional del Análisis Conductual Aplicado (ABA: Applied Behaviour Analysis) hacia el Apoyo Conductual Positivo (PBS Positive Behaviour Support) (The British Psychological Society, 2004; McClean y Dench C., 2005). Esta aproximación a los problemas conductuales, está ya extendida en otros campos en los que se trabaja con personas que presentan compromiso de las capacidades cognitivas (discapacidad intelectual). Su implantación en el Daño Cerebral Adquirido (revisado en Ylvisaker, Harvey y Jacobs 2003), aunque todavía incipiente, comienza a mostrar su valía tanto en efectividad como buena acogida entre profesionales, familiares y personas afectadas. Esto es debido al peso que ofrece el aumento de la calidad de vida de las personas afectadas y a la disminución de aplicación de los castigos, que lo hace socialmente más aceptable. Otra de las características que lo diferencian de una orientación más tradicional, es el énfasis que se otorga al control de los antecedentes (en contraposición al manejo de contingencias). De esta manera, si se demuestra tras la evaluación una falta de habilidades comunicativas u organizativas, de apoyos, ansiedad, etc., en la intervención de los antecedentes (facilitar habilidades, planificar las tareas, usar información adicional de apoyo, entrenamiento en relajación, etc.) se estará reduciendo la necesidad de la persona de reproducir la conducta. No obstante la decisión sobre qué intervenir, si en los antecedentes, en los consecuentes o en ambos, vendrá tras la evaluación de las características particulares del caso. El carácter multicomponente de estos programas lo hace muy interesante, debido a que permite su fusión con los programas centrados en la persona que ya estén implantados.



Teniendo en cuenta este modelo se retoma el caso de Pablo, que una vez llevado a cabo el proceso de evaluación conductual funcional en su totalidad, tendríamos la formulación del caso que nos ayudaría al diseño de la intervención.

Resumen de los puntos fuertes y débiles en el caso de Pablo:

Puntos fuertes:

Vive con su mujer y cerca de su hermano y padre. Es familiar y disfruta de ocio (en la actualidad participa de salir a comer, visitar familia y amigos, jugar a las cartas, escuchar la radio, ir a la playa, ayudar a cocinar); le gustaría hacer otras cosas en un futuro (un álbum de fotos, ir a un partido de baloncesto, jugar al parchís, comprar cd's nuevos, visitar el zoo o el acuario, comprar revistas de motos, ir de pesca, ayudar a su hermano con el bricolaje). Le gustan los ambientes y la gente conocida. Tiene tratamiento farmacológico pautado para las molestias físicas.

Sus fortalezas cognitivas le permiten beneficiarse de ciertas estrategias y condiciones de aprendizaje (diferencia significativa en ejecución cuando se le dan pautas de organización de la tarea, se beneficia de repetición de la información, aprendizaje optimizado cuando se usan materiales de apoyo visuales y procesamiento profundo de la información). Con las personas conocidas es más asertivo (en general sí expresa necesidades básicas. Espera su turno y escucha cuando otros hablan. Inicia él mismo interacciones sociales si son personas conocidas. Se muestra parcialmente receptivo a las tareas domésticas (refiere que son “cosas de dos”, pero llega cansado), cuando vivía su madre disfrutaba compartiendo tareas domésticas conjuntas.

Las personas de contacto en los distintos entornos se muestran receptivas a los problemas de Pablo. En cuanto a la conducta problema es motivo de preocupación para la esposa y supervisor del trabajo, que junto con la responsable de su caso en la asociación están poniendo los medios disponibles para evitar futuras complicaciones.

Puntos débiles:

El TCE que sufrió hace tres años ha dejado secuelas físicas (movilidad pierna derecha) y sensoriales (hipersensibilidad auditiva, cuadrantapnosia derecha) y cognitivas (atención, lenguaje y funciones mnésica y ejecutiva, con conciencia de déficit parcial). Éstas últimas interfieren en el aprendizaje y desarrollo de actividades (dificultades en aprender instrucciones verbales y, en general, empeora en ambientes con mucha estimulación o con frecuentes cambios de actividad; le cuesta organizarse). En su comunicación y relación con otros, en general con desconocidos, si algo no le gusta, o no está de acuerdo, o necesita ayuda o descanso, o está aburrido, nervioso o cansado de esperar, Pablo no lo expresará verbalmente. También le cuesta percibir cuándo otros están enfadados o frustrados. Ocasionalmente, se muestra irritable o nervioso ante lo novedoso, cambiante, ambientes ruidosos, nuevas demandas.

En el trabajo han cambiado a su compañero y algunas tareas, además no hay área de descanso ni persona de apoyo designada, pocas oportunidades de relación con otros, de elecciones y actividades significativas para él. Refiere no disfrutar en el trabajo como lo hacía antes de los cambios, ahora se cansa más y le duele la pierna con más frecuencia.

En casa no tiene una rutina (se la daba su madre, que falleció hace 5 meses) ni de actividades agradables ni de tareas domésticas (éstas son a demanda). Tiene molestias físicas frecuentes (dolor de cabeza y de la pierna, se cansa con facilidad, somnolencia diurna). En casa se siente tratado como un niño, sin posibilidad de decisión y con castigos. En cuanto a la conducta problema fue motivo de intervención hace mes y medio, que ayudó a incrementar la colaboración en algunas tareas, pero Pablo refiere sentirse tratado como un niño y las conductas siguen manifestándose.

Hipótesis, impresiones y análisis del significado:

Antecedentes: Pablo acaba de volver del trabajo o lleva entre 20-30 min. en casa; Victoria ha solicitado que Pablo cumpla con las tareas, recoja algo, limpie la cocina o ponga la lavadora; le cambia la expresión facial (mirada fija y tensión en músculos) y se pone rojo. La conducta de Pablo aparece sólo con Victoria y suele durar entre 20-30 seg. Sabemos que la conducta comienza cuando la mano de Pablo entra en contacto con un objeto pequeño. Sabemos que la conducta termina si Pablo se sienta o comienza a hablar. Pablo dice estar irritado en ese momento y que no piensa en nada, sólo quiere quitarse de encima el enfado. Se suele dar los miércoles, jueves y viernes que son los días en los que no tiene que ir con su hermano a la carpintería. Victoria refiere que la conducta es menos probable si ella se pone con él a hacer las tareas.

El análisis de los consecuentes indica que principalmente la conducta es mantenida por un refuerzo positivo (una vez que Pablo comienza a lanzar objetos, la atención de Victoria se centra en Pablo -en tranquilizarle o recriminarle sobre su conducta- y se queda con él recogiendo el desastre) y negativo (Victoria cesa en su intento de que colabore en ese momento). Siendo la función principal el expresar no desear/querer hacer algo.

Tras el análisis de toda la información recogida se observa que la conducta está teniendo una funcionalidad secundaria consistente en: 1) Pablo no se encuentra físicamente en condiciones (dolor de cabeza, de pierna, cansado acumulado de la jornada, ha tenido un mal día, etc.). 2) A Pablo no le gusta sentirse tratado como un niño (que “esté detrás todo el día”, “me corte las salidas”, “lo que sí que sabe es decirme cuándo hago las cosas mal”). 3) Anticipa las condiciones de la demanda de Victoria (no sé qué hacer, cómo hacerlo, no quiero hacerlo solo).



Así en el caso de Pablo su programa de apoyo conductual incluirá intervenciones tanto proactivas (prevención de la ocurrencia de la conducta) como reactivas (manejo de la situación en caso de que ocurra). Las medidas proactivas versarán sobre:

- Garantizar que las actividades, interacciones, tareas, etc. en las que participan son las adecuadas atendiendo a sus capacidades, habilidades, apoyos necesarios, tienen un significado para la persona, contribuyen a la satisfacción personal, etc.
- Se dan oportunidades para expresar opinión, sentir control, responsabilidad.
- Comunicación positiva.
- Enseñanza de habilidades específicas relacionadas con el problema o con conductas que sustituirán a la conducta.
- Enseñanza de habilidades de afrontamiento.
- Minimizar las condiciones del ambiente que puedan estar favoreciendo la aparición de la conducta.

Las medidas reactivas tratarán de proteger a las personas de alrededor y a la propia persona de poder hacerse daño: entrenamiento en manejo de escalada de los conflictos, comunicación, reorientación de la atención, etc.

INTERVENCIONES PROACTIVAS			INTERVENCIÓN REACTIVA
AMBIENTE/CONTEXTO	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES	INTERVENCIÓN DIRECTA	
TRABAJO: - Designar una persona de apoyo e incluirla en la intervención (psicoeducación DCA, manejo, etc.) - Establecimiento de descanso (lugar y hora) - Planificación de tareas (compensación a través de pictogramas) - Consenso peticiones de ayuda - Medicación pautada disponible en el trabajo - Nivel de ruido FAMILIA: - Entrenamiento en reconocimiento de desencadenantes, manejo de antecedentes y de la escalada. - Entrenamiento en refuerzo de conductas alternativas a la conducta problema	HABILIDADES GENERALES: - Pablo y Victoria planificarán las actividades en casa (en consenso, con descansos y al menos con 1 tarea doméstica). Se favorecerán las tareas conjuntas y se harán en un ambiente de colaboración y disfrute (en compañía, música, fomentando la percepción de autoeficacia y autonomía de Pablo) - Pablo y Victoria harán una lista de actividades agradables para hacer juntos o con otras personas que siempre posponen por pereza - Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación - Entrenamiento en solución de problemas	Programa de refuerzo de conductas alternativas. Incluir refuerzo social (agradecimiento) cada vez que use la conducta funcionalmente equivalente, así como la obtención de una tarjeta. Tras haber conseguido el número de tarjetas pactado, su hermano le acompañará (y felicitará) a comprar una revista nueva de motos.	Cuando detectemos que Pablo va a iniciar una escalada, las personas que se encuentren con él, le dirán que volverán tan pronto como se calme y se marcharán. Cuando Pablo ya esté calmado (está haciendo otra cosa o ya no se observan los signos de tensión-enrojecimiento, mirada fija, etc.) las personas que se encuentren con él le preguntarán si desea hablar sobre lo sucedido.



INTERVENCIONES PROACTIVAS			INTERVENCIÓN REACTIVA
AMBIENTE/CONTEXTO	ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES		
FAMILIA: - Psicoeducación sobre “cuando las demandas cognitivas de las tareas exceden los recursos cognitivos de Pablo y los apoyos que se le pueden brindar” - Consenso comunicación de peticiones - Área de descanso con la posibilidad de escuchar la radio y leer las revistas que consiga en su programa de refuerzo para cuando vuelve del trabajo - Estructuración de las tareas en casa y apoyadas por pictogramas OTROS: - Seguimiento psicológico	HABILIDADES FUNCIONALMENTE EQUIVALENTE A LA CONDUCTA PROBLEMA: - Entrenamiento en expresar “Ahora no me encuentro en condiciones” “Me gustaría que me ayudaras a...” ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: - Técnica de relajación - Entrenamiento en distracción ante el dolor (uso de área de descanso: música, posición corporal, etc.)		Se recordarán maneras más apropiadas para expresar lo que motivó su conducta.

3.2.3. Otras herramientas de evaluación

La propia historia de la rehabilitación del daño cerebral, que se ha centrado inicialmente en la evaluación e intervención de las funciones cognitivas básicas y que ha evolucionado hacia un mayor interés en las manifestaciones conductuales de estas secuelas, hace que, en la actualidad, nos encontremos con una gran variedad de herramientas de evaluación de funciones cognitivas y una carencia de instrumentos adecuados para evaluar las alteraciones conductuales.

Este escollo ha llevado a que la información sobre las alteraciones emocionales y comportamentales, se obtenga a través de las entrevistas mantenidas con el paciente y su familia, por observación durante la valoración del paciente y de la interacción de éste con el entorno. En otras ocasiones, se ha acudido a test e inventarios diseñados para otras alteraciones psicopatológicas y cuyo empleo en pacientes con daño cerebral adquirido puede resultar problemático e inducir a confusión (Muñoz Céspedes e Iruarrizaga, 1995).

Pese a estas limitaciones, en la última década ha aumentado el interés por la evaluación de estas manifestaciones conductuales de la lesión cerebral y se han diseñado diferentes instrumentos para su estudio. A continuación se exponen algunos de ellos que, junto con el análisis funcional de la conducta, serán el punto de partida para la planificación de la intervención.



INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	
Estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Structured Assessment of Depression in Brain Damaged Individuals. • Neuropsychology Behavior and Affect Profile. • Portland Adaptability Inventory. • Inventario de depresión de BECK (BDI) • Escala para la depresión de Zung
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) • Escala para ansiedad de Zung
Alteraciones conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de cambios de personalidad neurológicos. • Neuropsychiatric Inventory, NPI • Cuestionario BADS para para valoración del Síndrome Disejecutivo en la vida cotidiana (Familia y paciente) • Escala de evaluación de la apatía • Entrevista IOWA • FBI. Frontal Behavioral Inventory • Frontal System Behaviour Scale • Behavioral Scale • BRIEF (paciente familia) • Autoinforme de comportamientos de adultos. ASR • Inventario del comportamiento de adultos ABCL • Inventario de Cambios de Personalidad Neurológico, NECHAPI • Escala de agresividad de Yudofsky
Déficit de conciencia	<p>Cuestionario de autoconciencia de los déficit (adaptado y modificado de Fleming, Strong y Ashton, 1996)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient Competency Rating Scale (PCRS) • Head Injury Behaviour Scale (HIBS) • Change Assessment Questionnaire (CAQ) • Self-Awareness of Deficits Interview • Brief Symptom Inventory y General Health Inventory



PARTE IV

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

PARA LAS ALTERACIONES

CONDUCTUALES



4.1. INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Si bien es cierto que la rehabilitación neuropsicológica engloba muchos más aspectos que lo puramente conductual y su análisis puede abarcar varios tomos de teorías, análisis cuantitativos y reflexiones, una reflexión sobre el papel de la rehabilitación cognitiva clásica en la rehabilitación de los trastornos conductuales en DCA es más que necesaria.

Los problemas conductuales en el DCA, así como su rehabilitación están estrechamente ligados a factores cognitivos. Por una parte la presencia de alteraciones cognitivas del tipo que fuera (alteraciones perceptivas, déficit atencionales) pueden provocar un desajuste emocional que desencadene la aparición de conductas desadaptativas. Las dificultades ejecutivas pueden provocar que estas conductas desadaptativas se manifiesten en una intensidad extrema y totalmente inadecuada, apareciendo las alteraciones conductuales y finalmente, las dificultades de aprendizaje interfieren de manera activa en la capacidad de la persona para aprender conductas más adaptativas del entorno y generalizarlas a su ámbito cotidiano. Es por ello, que la intervención en las alteraciones conductuales no debería recaer únicamente en las técnicas de modificación de conducta, sino que debe ser complementada con una intervención directa sobre las funciones intelectuales (Koetzer, 2007; Ylvisaker, 2003; Ylvisaker, 2002).

Diversos estudios han puesto de manifiesto la eficacia de los programas holísticos de rehabilitación neuropsicológica (centrada en la rehabilitación de funciones cognitivas discretas dentro de un contexto significativo y apoyada intervención psicoterapéutica para pacientes y familiares) no sólo en la capacidad funcional de la persona, sino también en la reducción de las alteraciones conductuales (revisado en Rattock, y Ben-Yshay 1992).

Estudios como el de Serino, Ciaranelli, Santantonio y Ladavas (2006) o Levine, Robertson y Clare (2000) han puesto de manifiesto que el entrenamiento cognitivo para reducir los déficit ejecutivos tales como la memoria de trabajo, la impulsividad, las dificultades de abstracción, supervisión o planificación, obtienen resultados significativos, no sólo en la reducción del déficit puramente cognitivo, sino como es de esperar, también en la reducción de alteraciones conductuales. Ownsworth y Flemming, (2005) también obtuvieron resultados positivos en la reducción de dificultades de adaptación y estado de ánimo depresivo, incidiendo en la rehabilitación de las funciones ejecutivas.



Otros autores han indicado que la rehabilitación de la anosognosia puede reducir significativamente la aparición de alteraciones conductuales, entre ellas la agresividad y el estado de ánimo depresivo (revisado en Krpan, Levine, Stuss y Dawson 2007)

4.2. INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

El ajuste psicosocial de la persona, previa y posteriormente a la lesión, es un factor estrechamente ligado a los trastornos de personalidad, dificultades emocionales y problemas comportamentales, que con tanta prevalencia aparecen en las personas que han sufrido una lesión cerebral (Delmonico, Hanley-Peterson, Englander, 1998).

Si bien durante varios años, la psicoterapia ha sido descartada en la rehabilitación de las personas con daño cerebral, su aplicación es considerada como indispensable dentro del modelo de rehabilitación holístico. Más aún diversos estudios indican, que la inclusión de una actividad de psicoterapia (grupal o individual) dentro de un programa de rehabilitación es determinante para una mayor eficacia en el tratamiento, provocando a su vez una mayor independencia funcional y una reducción en el desajuste psicosocial y la incidencia de conductas desadaptativas (revisado en Ben-Yshay y Diller, 1993; Cicerone, 2000 y Cicerone 2005).

El momento más adecuado para comenzar el abordaje psicoterapéutico es la iniciación de un tratamiento ambulatorio, ya que en esta fase sub-aguda de la rehabilitación, la persona comienza a tener una mayor conciencia de sí mismo y de su entorno y se enfrenta a la difícil tarea de asumir los cambios ocurridos en sus capacidades físicas y cognitivas, en su rol dentro de la sociedad y dentro de su propia dinámica familiar. Este es un momento de transición de una alta dificultad para muchas personas, en la que se suele observar un alto grado de sufrimiento a través de un desajuste emocional y/o un incremento en la incidencia de alteraciones emocionales (Demonic et al., 1998).

A pesar de los buenos resultados obtenidos por estos programas, es importante señalar que la psicoterapia no debe de ser un tratamiento estándar, y que no todas las personas que han sufrido una lesión cerebral se van a beneficiar de él. De hecho, son frecuentes los casos en los que la persona ni siquiera puede participar en un proceso psicoterapéutico, debido al profundo deterioro cognitivo que padece (Prigatano, 1999). La psicoterapia clásica o formal, puede estar especialmente indicada para las personas con DCA que manifiestan ansiedad o estado de ánimo deprimido directamente relacionado a dificultades de aceptación y adaptación a su discapacidad, personas que presentan dificultades de agresividad o apatía, así como para cualquier persona con



DCA que habiendo terminado un proceso de rehabilitación muestra insatisfacción o descontento con su vida. Un apoyo psicoterapéutico no ortodoxo, sin embargo, puede ser de utilidad en una amplia mayoría de personas que participan en un programa de rehabilitación para facilitar el ajuste de sus expectativas y favorecer su implicación en todo el proceso.

4.2.1. Psicoterapia individual

Las corrientes psicoterapéuticas más adecuadas para la intervención con personas con daño cerebral, pueden englobarse dentro de las terapias de corte humanista (terapia centrada en el cliente, terapia gestalt) caracterizadas por el papel activo del cliente y la atención que prestan al desarrollo pleno de la persona (Bracy, 1994). A diferencia de las terapias de corte dinámico, estas terapias no son tan prolongadas ni requieren de una alta capacidad de introspección y abstracción, y sus principios básicos y técnicas de aplicación pueden adaptarse y resultar efectivas en el proceso de rehabilitación de la persona con daño cerebral, encajando perfectamente dentro del modelo holístico de rehabilitación, también caracterizado por el énfasis de la participación activa de la persona y la adaptación de la persona a su situación vital (Wilson, 2002). La intervención psicoterapéutica dentro del marco humanista se apoya de tres habilidades básicas (descritas por Rogers, 1959) que todo psicoterapeuta debe tener: (1) escucha activa, (2) empatía y (3) aceptación incondicional. Estas habilidades son, según Rogers, condiciones necesarias para la creación de un vínculo terapéutico y favorecer que se desarrolle la tendencia innata en toda persona (que motiva el desarrollo pleno de la persona en todas las facetas de su vida) y que Rogers denomina tendencia actualizante (Rogers, 1951).

Indudablemente, en las personas con daño cerebral la tendencia actualizante puede verse obstaculizada por las dificultades cognitivas y emocionales, y es labor del terapeuta apoyarle en las facetas en las que presente dificultades para facilitar la aparición de esta tendencia. Aspectos como la fatiga, las dificultades de concentración, o los problemas de memoria inherentes a las personas con DCA, pueden interferir gravemente en el proceso terapéutico. Por ello, en la intervención psicoterapéutica con pacientes con daño cerebral, es conveniente revisar el modelo habitual seguido por las distintas escuelas de psicoterapia, e incluir modificaciones a la hora de establecer el contrato terapéutico. Dentro de las más comunes y prácticas podemos encontrar reducir las sesiones, aumentar la frecuencia de las sesiones o elaborar conjuntamente un resumen de la sesión de terapia (Revisado en Brady, 1994).



La aplicabilidad teórica del modelo genérico de psicoterapia (que recoge las características comunes a diferentes modelos de intervención psicoterapéutica) establecido por Orlinsky y Howard (1996 y 1985), en el campo del daño cerebral ha sido revisada por Coetzer (2007).

Las 6 características nucleares de este modelo son:

- 1 . **Establecimiento de un contrato terapéutico:** en el que queden reflejados los roles de cliente y terapeuta, así como los aspectos pragmáticos de la intervención (duración de la sesión, honorarios y modelo de trabajo del terapeuta).
- 2 . **Operaciones terapéuticas,** consideradas como el proceso en el que el cliente expone al terapeuta la información que desea que el terapeuta conozca para determinar los modelos y técnicas más adecuadas de intervención.
- 3 . **Vínculo terapéutico** como base para la intervención. En el caso del daño cerebral puede ofrecer oportunidades para explorar respuestas agresivas, de indefensión...
- 4 . **Autoconciencia,** considerada como el proceso interpersonal en el que la persona adquiere conciencia acerca de cómo responde ante las interacciones con otros.
- 5 . **Impacto durante la sesión:** también conocido como clarividencia o focusing, hace referencia a las experiencias inmediatas de toma conciencia emocional o conceptual que tienen lugar durante la sesión terapéutica.
- 6 . **Eventos secuenciales,** que se desarrollan a través de diferentes sesiones y que favorecen el transcurrir de la persona por las distintas fases del proceso terapéutico, de la toma de conciencia a la aceptación y de la aceptación a la significación personal, sentimiento de plenitud o autorrealización.

Aunque la efectividad de un tipo u otro de intervención psicoterapéutica no ha sido contrastada, las evidencias sí apoyan que la intervención psicoterapéutica facilita el proceso de toma de conciencia, aceptación de la discapacidad, a la vez que favorecen una mejor adaptación y desarrollo de la persona en su nueva situación (Koetzer 2006; Wilson 2002; Prigatano, 1997; Cicerone, 1989).

4.2.2. Psicoterapia de grupo

La psicoterapia grupal ofrece una interesante opción para trabajar las repercusiones emocionales y conductuales que frecuentemente aparecen en el daño cerebral, ya que permite maximizar los recursos, que habitualmente son tan escasos en los equipos de rehabilitación. Así mismo, la psicoterapia grupal ofrece un contexto idóneo para trabajar la conciencia de las dificultades (Ownsworth, 2000) problemas de adaptación (Coetzer, 2006) agresividad e irritabilidad (Demonic et al., 1998) y apatía, ya que el

trabajo en grupo permite el apoyo entre los miembros, el aprendizaje a través de las experiencias de las y los compañeros, así como un contraste de las percepciones propias con un grupo de iguales, lo que frecuentemente es mejor aceptado y favorece la toma de conciencia en mayor medida, que las confrontaciones y evaluaciones de profesionales y familiares.

Dentro de los grupos de psicoterapia que más utilidad pueden tener en el contexto de un centro de rehabilitación encontramos:

- Grupo de apoyo: que tiene como objeto la aceptación de las limitaciones.
- Grupo de conciencia del déficit: que tiene como objetivo que la persona sea consciente de sus déficit, sus limitaciones funcionales y sus posibilidades de recuperación.
- Grupo de implicación: que tiene como objetivo una óptima implicación y motivación en diferentes aspectos del proceso de recuperación, así como que la persona se fije y persiga objetivos semanales significativos para su rehabilitación.
- Grupo de manejo emocional o de control de la agresividad: que tiene como objeto que la persona sea capaz de manejar de una manera adaptativa sus frustraciones.
- Grupo de motivación o de apatía: que tiene como objetivo la toma de conciencia de su déficit, así como motivar la implicación en actividades en el hogar y en el centro de rehabilitación.

4.3. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

El daño cerebral provoca en la persona que lo padece problemas de comportamiento, que muchas veces resultan inadecuados o difíciles de manejar para el entorno y que pueden ser perjudiciales para sí mismo/a y para los demás. Estas conductas no dependen de la voluntad de la persona afectada, e incluso a ella le resultan difíciles de evitar, por lo que se hacen necesarios cambios que nos ayuden a controlarlas. Generalmente, para modificar una conducta debemos realizar varios pasos y utilizar una combinación de estrategias.

Un reciente meta-análisis (Ylvisaker, 2007) realizado con 65 estudios publicados sobre la efectividad de las técnicas de modificación de conducta, pone de relevancia la efectividad de estas técnicas en la reducción de alteraciones conductuales en personas jóvenes y adultas con DCA. De acuerdo con este meta-análisis, las técnicas de modificación de conducta en general, constituyen una guía de buena práctica en la rehabilitación de personas con problemas conductuales y DCA, al verse demostrada su efectividad en 64 de los 65 estudios. Dentro de las distintas técnicas de modificación de conducta aplicadas, las que han demostrado una mayor eficacia hasta la fecha, son



los programas que utilizan el Manejo de Contingencias así como los programas basados en el modelo de Apoyo Conductual Positivo.

4.3.1. Técnicas basadas en la toma de conciencia de la conducta

Un primer paso para poder ayudar a la persona afectada de daño cerebral a controlar y modificar la conducta es saber identificarlas y tomar conciencia de las mismas. Para ello, estas conductas han de poder definirse en términos de conducta que se puedan registrar y medir. Esto se puede realizar a través de distintas técnicas e instrumentos como pueden ser:

Registro conductual

Consiste en apuntar en una hoja de registro, cada uno de los componentes de una conducta que queremos modificar y su nivel de ejecución en cada uno de esos componentes. El registro puede realizarlo la misma persona afectada, explicándole previamente la finalidad del registro y su funcionamiento, o el o la profesional que va a ayudar a la persona afectada a modificar su conducta y mostrándole posteriormente los resultados del registro. Siendo más consciente de las partes de su conducta y de los aspectos que puede mejorar, es más probable que pueda llegar a controlarla y adecuarla a los parámetros normales.

Ejemplo de registro conductual realizado por la persona afectada sería:

Pablo asiste a un centro de día de 9 a 5 de la tarde. Los profesionales que trabajan con él han observado que durante las actividades va continuamente al baño, probablemente por escaquearse de la actividad y/o por desinterés. En reunión con la familia de Pablo, ésta manifiesta que en casa no va tantas veces al baño. El equipo de profesionales le hace notar este tipo de conducta pero Pablo la niega, por lo que se le pide que registre en una hoja cada vez que va al baño. Cada vez que vaya al baño tendrá que poner una cruz en la hora y el día que corresponda. El objetivo es que Pablo tome conciencia de este hecho y se puede analizar el por qué de su conducta para poder motivarlo, si es necesario, o cambiarlo de tipo de actividad.

La hoja de registro sería así:

Nombre					
HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
09-10h					
10-11h					
11-12h					
12-13h					
13-14h					
14-15h					
15-16h					
16-17h					
Conducta: veces que va al baño en horario de talleres. Indicar con una X.					

Figura 4.1. Hoja de registro para una persona que acude al servicio durante las terapias



Ejemplo de registro conductual realizado por el o la profesional sería:

María asiste de lunes a viernes a un centro de día donde realiza talleres ocupacionales. Es una persona impulsiva y pierde el control con mucha facilidad. María insulta y grita a los profesionales siempre que éstos le plantean actividades que no quiere realizar o que suponen un sobreesfuerzo para ella. El equipo de profesionales decide hacer un registro de esta conducta para posteriormente tener una reunión con ella y mostrarle los datos recogidos.

La hoja de registro sería así:

Nombre					
Día	Hora	Lugar	Actividad	Describir situación	Personas presentes y reacciones.
LUNES					
MARTES					
MIÉRCOLES					
JUEVES					
VIERNES					

Marcar con una X cada vez que insulte o grite a un profesional del centro.

Figura 4.2. Ejemplo de hoja de registro para un problema de irritabilidad

Indicación verbal o gestual

Otra de las técnicas que podemos utilizar para que la persona afectada tome conciencia de la ejecución de una conducta desadaptativa es hacerle una indicación verbal o gestual.

Un ejemplo de indicación verbal podría ser nombrar a la persona cuando está hablando y con ello, está molestando una actividad que se está realizando en grupo. La persona afectada entiende que se le está llamando la atención, ya que su conducta es inapropiada.

Un ejemplo de indicación gestual, esta vez, sería hacer un gesto con las manos indicando la acción de despacio o para, cuando la persona afectada muestre conductas de impulsividad o impaciencia.

Antes de realizar las indicaciones verbales o gestuales habremos hablado con la persona afectada sobre su conducta desadaptativa y le habremos informado sobre los códigos que vamos a utilizar con ella cuando queramos realizarle un tipo de indicación.

Las indicaciones verbales o gestuales requieren de una sistematización y generalización a todos los miembros del equipo, para que ante una conducta indeseada, se produzca una respuesta desaprobatoria por parte de todos.



La aplicación espontánea de esta técnica corre el riesgo de dar pie a una discusión, diálogo o chantaje con la consiguiente dilución del efecto desaprobatorio y su posible transformación en un refuerzo.

4.3.2. Técnicas basadas en el manejo de refuerzos

En muchas ocasiones es necesario reducir determinadas conductas que alteran, dificultan o impiden el desarrollo de conductas adaptativas. En otras ocasiones queremos favorecer la aparición de nuevas conductas que son positivas en la rehabilitación de la persona o en su adaptación y participación a su vida. Las técnicas basadas en el manejo de refuerzos, utilizan el control de motivadores externos o internos para reducir la frecuencia de aparición de conductas no deseadas o para motivar la aparición de conductas deseables. Recurriremos a estas técnicas, cuando queramos mantener una conducta a niveles moderados o para conseguir que realice otras conductas diferentes o incompatibles con la que se desea eliminar.

Elección de refuerzos

Reforzar significa recompensar, por ello, recompensamos cuando damos a una persona algo valioso para esa persona asociado o relacionado a una conducta. Las recompensas podrán ser de todo tipo (un premio material, una sonrisa, nuestra atención o reconocimiento, etc.) Sin embargo, y a pesar de que haya muchos tipos de refuerzo, conviene asociar refuerzos y conductas de la manera más natural posible (refuerzos sociales ante conductas sociales, refuerzos materiales ante conductas que indiquen esfuerzo prolongado, refuerzo con actitud de atención ante una conducta de trabajo, etc.). Así mismo, la intensidad del refuerzo debería acompañar al avance conseguido o esfuerzo manifestado, de tal manera que la persona comprenda que las contingencias tienen un gradiente de intensidad, al igual que ocurre en el entorno natural.

Así mismo, aunque los reforzadores pueden ser cualquier actividad o recompensa que motive una conducta deseable, siempre deberemos intentar elegir reforzadores que sean rehabilitadores en sí mismos. Así, una salida al cine con amigos puede ser un reforzador más rehabilitador que echarse una siesta, por su componente de integración en la vida social. Una buena opción para facilitar la selección de estos reforzadores con “alto componente rehabilitador”, es que su coste sea menor que la de otros reforzadores con un “componente rehabilitador bajo o nulo”. En el ejemplo anteriormente mencionado, ir al cine puede tener un coste de un punto y echarse la siesta puede tener un coste de 5 puntos. Así mismo y en la medida de lo posible, deberemos evitar todos los reforzadores que tengan una repercusión negativa en la

salud del sujeto (por ejemplo comerse un bocadillo de lomo, en el caso de un paciente que ha sufrido un ACV y tiene hipertensión). A pesar de que esto sea lo deseable, en ocasiones podemos hacer pequeñas concesiones ocasionales en los primeros momentos de la intervención, cuando no aparezcan motivadores de “alto componente rehabilitador” para favorecer la aparición de conductas que son en sí mismas un objetivo crucial de la rehabilitación.

Finalmente, debe tenerse siempre en cuenta que aquello que refuerza a una persona puede no hacerlo con otra; es más, los hechos que refuerzan en una determinada ocasión pueden no hacerlo en otra. Por lo que, será una tarea esencial la buena elección de reforzadores que deben ser siempre, específicos para cada sujeto y específicos para el contexto o situación.

Aplicación de refuerzos

La aplicación de los refuerzos requiere de una planificación, entrenamiento y atención exhaustivas. Una frase de apoyo “*lo has hecho muy bien*” puede ser reforzadora cuando la persona se ha esforzado y ha obtenido un éxito moderado y sin embargo, ser muy desmotivadora, cuando la persona se ha esforzado pero ha obtenido un estrepitoso fracaso. Así mismo, la rapidez de aplicación del refuerzo suele estar relacionada con la probabilidad de que la conducta se repita. Finalmente, hay que tener en cuenta que los reforzadores deben favorecer la paulatina mejora en un aspecto de la conducta de la persona, por lo que una conducta diana que merece ser reforzada al principio de la intervención (no insultar a ningún compañero en una terapia) deberá ser sustituida por otra conducta diana que refleje una meta más avanzada al final de la intervención (mostrar respeto a un compañero durante una terapia). Finalmente, la aplicación de refuerzos deberá reducirse paulatinamente hasta llegar a desaparecer, apoyado en el auto-refuerzo que ha conseguido la persona, gracias a (1) recuerdo e interiorización de recompensas que obtiene de manera natural por determinadas conductas, (2) interiorización del refuerzo social que se convierte en un sentimiento de satisfacción y autoestima.

Refuerzo diferencial

Este tipo de técnicas se utilizan para reducir y eliminar conductas. Se basan en el concepto de inhibición recíproca, es decir, si una respuesta incompatible con el miedo o la ansiedad pudiese aplicarse a un estímulo que normalmente los produce, éste dejaría de elicitar la reacción de miedo ((Revisado en Sos-Peña, Tortosa, Pérez, 1990 y Mayor y Labrador, 1991). *Este tipo de técnicas se han utilizado con éxito en pacientes*



con daño cerebral, para abordar problemas como ausencia de cooperación, los gritos, los insultos, la desinhibición sexual o la agresividad (Ylvisaker, 2007; Alderman, 2001; Watson, Rutterford, Shortland y Alderman, 2001; Alderman, N y Knight, 1997).

Existen tres tipos de refuerzo diferencial:

- Refuerzo diferencial de tasas bajas

Recurriremos a esta técnica para conductas que aparezcan muy frecuentemente y que no respondan a la extinción. Y donde el objetivo no sea suprimir totalmente la conducta, sino reducirla hasta el punto que no se realice en exceso. Se basa entonces, en reforzar la disminución de la frecuencia de la conducta no deseada. A medida que el reforzamiento se vaya consiguiendo, iremos aumentando el tiempo hasta que se consiga un nivel bajo de respuesta aceptable.

Esta técnica ha resultado eficaz con problemas de incontinencia urinaria, ansiedad en la ingesta, verbalizaciones inadecuadas y agresividad en personas con problemas de aprendizaje.

- Refuerzo diferencial de conductas incompatibles (RDI)

El RDI consiste en reforzar una conducta que es incompatible o no puede hacerse al mismo tiempo que la conducta inadecuada que se pretende eliminar. Entonces el refuerzo sólo se aplicará cuando la conducta problema no ocurra en el período de tiempo preestablecido.

Por lo tanto, este entrenamiento implicará aprender a emitir una respuesta físicamente incompatible, es decir, el hábito nervioso no tendrá posibilidad de producirse mientras la persona realice la reacción de competencia.

- Refuerzo diferencial de otro comportamiento (RDO)

Esta técnica consiste en reforzar cualquier otra conducta que se emita a excepción de la conducta inadecuada que se trata de eliminar, poniéndola así bajo extinción. Básicamente recurriremos a esta técnica cuando resulte complicado identificar una conducta incompatible con la conducta inadecuada. El refuerzo se proporcionará cuando se cumpla el período de tiempo predeterminado sin emisión de la conducta problema.

Ha dado buenos resultados ante pacientes con agresividad que son reforzados con atención social y con varones con DCA que presentan conductas sexuales inadecuadas hacia el personal.



Extinción

Esta técnica consiste en suprimir el reforzamiento de una conducta desadaptada previamente reforzada. Partiendo de la base de que toda conducta que deja de ser reforzada tiende a desaparecer. Aplicando esta técnica de forma continuada se obtiene una reducción de la conducta indeseable. Esta técnica es más lenta que otros procedimientos, por lo que, no podrá utilizarse cuando se quiera que la conducta desaparezca de forma inmediata; incluso puede producir inicialmente un incremento de la conducta y a veces con mayor intensidad, pero si se mantiene la extinción, tras este incremento inicial progresivamente comenzará a disminuir hasta su eliminación completa. Por este motivo no debe ser una técnica utilizada para extinguir conductas que suponen una amenaza para la integridad física.

La forma más común de extinción es la de retirar la atención o dejar de hacer caso (no mirar, no responder o no escuchar) a la persona cuando ésta realiza la conducta desadaptativa.

4.3.3. Técnicas basadas en la aplicación de castigos

Las técnicas basadas en el castigo buscan el descenso en la frecuencia de aparición, intensidad o duración de una conducta. Un castigo es un suceso que, presentado inmediatamente después de una conducta hace que ésta se reduzca. El principio de castigo defiende que: *si en una situación determinada, una persona hace algo que es inmediatamente seguido de un estímulo punitivo, es menos probable que la persona repita la misma acción cuando se encuentre en una situación parecida* (Martin y Pear, 2007).

Hay varios tipos de castigos: que producen dolor, en forma de reprimenda, que privan a la persona de algo que era agradable o hacen que su conducta suponga un esfuerzo desagradable. A pesar de que las técnicas de modificación de conducta basadas en el castigo aplicadas al aprendizaje humano, han obtenido resultados muy limitados y en algunos casos negativos en comparación con las técnicas basadas en el refuerzo, recientes estudios (revisados en Quemada, Mimentza, Jiménez y Sánchez, 2006) han puesto de manifiesto su efectividad en la rehabilitación de personas con daño cerebral adquirido. A continuación describimos las técnicas basadas en la aplicación de castigos que más eficaces pueden resultar en el proceso de rehabilitación de este colectivo.

Coste de respuesta

Según Mimentza, Jiménez y Quemada (2006) es un procedimiento que se basa en la privación de experiencias gratas habituales. La supresión de la posibilidad de fumar un cigarrillo, de ver una película o recibir visitas pueden ser asociadas a la presentación



de la conducta que pretendemos reducir. Un ejemplo del programa de coste de respuesta es que, por ejemplo, una persona que presenta desinhibición verbal tenga que dar una moneda cada vez que canta, grita o insulta. El paciente puede conseguir así un considerable control de la conducta verbal inapropiada. (Alderman y Burgess, 2001).

Previamente al diseño e implementación de un programa con coste de respuesta, es necesario identificar estas vivencias agradables y esperadas. También es posible dar a la persona afectada, con antelación a la aplicación del programa, reforzadores que posteriormente serán utilizados en un programa de coste respuesta, por ejemplo, la concesión de una asignación económica diaria o semanal que puede verse mermada ante la presencia de determinadas conductas.

Esta técnica ha mostrado su eficacia en pacientes con daño cerebral adquirido, especialmente en aquellos que presentan un síndrome disejecutivo, en aspectos como la reducción de conductas inapropiadas tales como amenazas verbales, agresividad física, conductas de búsqueda de atención social o la mejora en el control de impulsos fisiológicos como la incontinencia urinaria. (Alderman y Burgess, 1990, Alderman y Heather 1995, citado en Mimentza et al., 2006).

Tiempo fuera

Se trata de una estrategia basada en la retirada de las condiciones ambientales que favorecen y permiten la obtención de refuerzo, o bien la retirada de la persona de la situación en la que obtiene refuerzo, durante un intervalo de tiempo predeterminado, de manera contingente a la emisión de una conducta no deseada. (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995, citado en Mimentza et al., 2006). Los períodos de «tiempo fuera» son relativamente cortos, generalmente inferiores a 30 minutos. Se utiliza frecuentemente, pero no exclusivamente, cuando el refuerzo es de tipo social, ya que la situación de «tiempo fuera» separa al sujeto de la situación de refuerzo. Por ejemplo, si la persona grita e interrumpe y los demás pacientes responden riendo, la aplicación del «tiempo fuera» consistiría en llevar al sujeto a una situación de baja o nula estimulación en la que permanezca solo durante ese intervalo de tiempo. Esta respuesta le privará del reforzamiento de la atención prestada por el grupo. (Mimentza et al., 2006).

Alderman et al., (1992 recogido en Mimentza et al., 2006) advierte de dos posibles limitaciones de esta técnica. Por un lado, se trata de un procedimiento intrusivo, en el sentido de que limita la autonomía del paciente y que puede resultarle hostil. Por otro, se le está aportando al paciente una muestra de atención social suplementaria, pudiendo convertirse la técnica en un refuerzo social de tipo positivo. Algunos autores preconizan el uso de esta técnica en combinación con otras de refuerzo de conductas adaptativas alternativas. (Véase Bostow y Bailey, 1969).

El tiempo fuera puede entenderse como una reducción de las oportunidades para obtener refuerzos. Según Martin et al. (2007) existen dos tipos de procedimiento de tiempo fuera: exclusivo y no exclusivo. Un tiempo fuera exclusivo consiste en apartar a la persona durante un periodo de tiempo breve, de la situación en la que se está produciendo refuerzo. Por ejemplo, en una actividad que se realice en grupo si la persona afectada comete la conducta disruptiva deberá ir a una sala carente de estimulación durante 5-10 min., el tiempo dependerá de la situación pero no debe ser prolongado. El tiempo fuera no exclusivo consiste en introducir en la situación un estímulo que está asociado a un refuerzo menor. Por ejemplo, pueden participar en la actividad: intervenir, dar opinión, hacer propuestas, dar respuestas... aquellas personas que llevan un brazalete. Todos los afectados comienzan con el brazalete pero este se podrá retirar por momentos a quienes cometan las conductas inadecuadas.

Sobrecorrección

Consiste en restituir o compensar por los daños o perjuicios causados. En pacientes con daño cerebral adquirido, generalmente se aplica en situaciones en las que la conducta disruptiva implica a otras personas u objetos. En estas situaciones se utiliza la denominada «sobrecorrección restitutiva», en la cual el sujeto debe restaurar el daño que haya producido, o bien mejorar el estado original. Por ejemplo, si un sujeto posee el hábito de quitar parte de la comida a otro afectado, tendrá que devolverle la comida adquirida y darle una parte extra de su propia comida; si un sujeto ensucia y desordena una habitación, inmediatamente después deberá ordenar y limpiar el espacio. (En Mimentzaet al., 2006).

Esta técnica resulta muy eficaz dado que la consecuencia negativa consiste en realizar una respuesta socialmente adecuada. Está indicada cuando las conductas disruptivas causan daño o molestia a otros (Vila y Fernández, 2004).

La ventaja de esta técnica frente a otros procedimientos de castigo reside en que el proceso de restitución no sólo provoca que el sujeto controle sus conductas desadaptativas, sino que también le permite aprender un comportamiento totalmente adecuado, es decir, el comportamiento conflictivo no sólo desaparecerá, será sustituido por un comportamiento deseable.

4.3.4. Técnicas mixtas. Economía de fichas

La técnica de economía de fichas tiene por objeto desarrollar conductas deseadas, mantener una frecuencia adecuada y disminuir aquellas conductas indeseadas. En ellas intervienen:



- Reforzamiento positivo (fichas que se ganan por las respuestas deseadas)
- Castigo negativo (fichas que se pierden por conductas no deseadas)

El procedimiento consiste en establecer un sistema de refuerzo y castigo a través de fichas o puntos, para premiar las conductas deseadas y castigar las no deseadas. Los puntos acumulados por la persona por la realización de conductas adaptativas pueden ser canjeados por otros reforzadores (materiales o sociales/situacionales) que han sido, por lo general pactados previamente. Una vez que se ha conseguido instaurar y mantener la conducta se reforzará de un modo intermitente, espaciando los intervalos e intercambiando los reforzadores materiales por otros de carácter social, como por ejemplo alabanzas, una sonrisa, aprobación... hasta que la conducta se mantenga en ambiente natural (Revisado en Sos-Peña, Tortosa, Pérez, 1990 y Mayor y Labrador, 1991)

Una vez que las conductas han aparecido y se han consolidado, hay que ir “normalizándolo”: aumentando el tiempo entre las entregas de fichas, incrementando el criterio para la obtención de fichas, reduciendo el nº de fichas ganadas por conducta, aumentando el nº de fichas para conseguir los reforzadores, o por combinación de éstas. Aquí se pueden utilizar los reforzadores sociales para ir consolidando las conductas instauradas. Por último, habrá que evaluarlo, junto con el usuario/a para ayudarle a ser más consciente de los cambios producidos y de su evolución. Dentro de los aspectos prácticos de la aplicación de la economía de fichas a personas con daño cerebral, el que alberga mayor dificultad suele ser el de la elección de reforzadores por diversos motivos:

Algunos pacientes no son capaces de fijarse metas a largo plazo o presentan serias dificultades para mantener una actitud o conducta durante el periodo necesario, por lo que el tipo de reforzador que mejor funciona en estos casos, es el refuerzo de demora intermedia en el que el sujeto debe esforzarse durante unos pocos días para conseguir algo que realmente desea. Durante este tiempo, las fichas materiales o un listado de puntos conseguidos pueden funcionar como refuerzos en sí mismos y mantener la actitud de esfuerzo.

En otros casos la apatía es tan severa que se encuentran dificultades hasta para encontrar actividades o recompensas materiales que puedan motivar la conducta de la persona. En estos casos podemos recurrir a los motivadores más primarios de alimentación y sueño, permitiendo a la persona intercambiar las fichas por una hora de siesta o una taza de café.

Otro aspecto práctico de la implantación de los programas de economía de fichas en pacientes con daño cerebral son los derivados de los problemas de memoria. No recordar el valor que tienen las fichas o la manera de conseguirlas, olvidar en casa la



hoja de registro o perderla pueden ser algunos de los obstáculos más comunes. Para ello puede ser conveniente (1) “firmar” o establecer un contrato entre terapeuta y usuario para que queden claros los compromisos adoptados por las partes, (2) hacer múltiples copias de ese contrato y guardar una en cada lugar donde la persona realice actividades, (3) traspasar las puntuaciones de la persona diariamente (4) pegar las hojas de registro a una carpeta o libro de memoria.

A pesar de que la implantación de estos programas en sujetos con daño cerebral puede verse obstaculizada por las propias dificultades ejecutivas y de memoria, muchas personas encuentran el lado lúdico de estos programas y si los reforzadores son elegidos acertadamente, pueden recordar los puntos básicos del acuerdo después de una sola entrevista y verse altamente motivados por esta técnica de intervención.

La técnica de economía de fichas se ha mostrado efectiva en la rehabilitación de daño cerebral, especialmente en aquellas personas con síndrome disejecutivo, siendo tan útil para las que presentan desinhibición (ya que permite reducir la frecuencia de conductas inapropiadas) como para las que presentan un cuadro más apático (ya que permite motivar conductas adaptativas) (Revisado en Quemada, 2006).

Ejemplo de la aplicación de un programa de economía de fichas para una persona que presenta problemas de comportamiento especialmente en situaciones grupales:

1) Identificación de las conductas a realizar:

El comportamiento disruptivo se divide en distintas facetas que se pueden reforzar de manera discreta para que la persona conozca los aspectos concretos de su conducta que debe modificar

CONDUCTAS QUE OTORGAN FICHAS	Recompensa
Respetar el turno de sus compañeros	5 pts./fichas por sesión grupal
Levantar la mano antes de hablar	1 pts./fichas por intervención
Expresar sus opiniones con respeto a sus compañeros/as	5 pts./fichas por sesión grupal
Recoger el material después de la tarea	5 pts./fichas por sesión grupal

2) Identificación de los reforzadores de apoyo significativos:

Se pactan con el usuario/a los reforzadores que sean gratificantes para él/ella y se le asignan los puntos/fichas de intercambio para conseguirlos.

ACTIVIDADES CANJEABLES POR FICHAS	FICHAS
Media hora libre en la cafetería	10 fichas
Tomarse un café	5 fichas
Fumarse un cigarrillo	5 fichas
Ver una película en su habitación	20 fichas



3) Establecimiento de los sistemas de registro:

Se diseña y entrega una hoja de registro para que los distintos terapeutas puedan anotar los puntos conseguidos por el paciente durante las distintas actividades grupales que tiene a lo largo del día. Es importante registrarlo para poder evaluar posteriormente.

ACTIVIDAD	FICHAS ACUMULADAS
Taller de prensa	
Taller de memoria	
Taller de manejo de la agresividad	
Grupo de conciencia del déficit	

4.3.5. Técnicas basadas en el modelamiento

El modelamiento, también denominado imitación, aprendizaje observacional o aprendizaje vicario es una estrategia fundamental de intervención en la modificación de conducta.

Los cuatro procesos básicos implicados en cualquier proceso de modelado son:

1. La Atención: Consiste en fijarse y percibir los aspectos más relevantes de la conducta que emite el modelo y de la situación en que se da. Para favorecer la atención, las presentaciones del modelo deben ser cortas y exageradas. Se deben utilizar reforzadores tanto para la conducta del modelo, como para el observador que presta atención. También se pueden dar instrucciones específicas sobre a qué aspectos se debe prestar más atención.

2. La Retención: Mediante este proceso se retiene la información relevante. Para favorecer la retención es importante que el observador mantenga una actitud activa. Para ello se le puede pedir tras la presentación que resuma verbalmente lo que ha observado.

3. La Reproducción: Se refiere a las capacidades físicas y habilidades necesarias para que el observador reproduzca la conducta emitida por el modelo. Para facilitar el proceso de reproducción es necesario un entrenamiento de forma gradual, así como su corrección y re-ensayo de la conducta.

4. La Motivación: La motivación del observador será mayor cuanto menos tiempo transcurra entre a conducta del modelo y su correspondiente refuerzo, y entre su propia ejecución de la conducta y el refuerzo deseado. Cuanto mayor sea la motivación del observador, mayor será también la eficacia de la técnica.



Modelamiento individual

Se puede considerar la manera más natural de modelado, ya que el modelo puede ser cualquier persona del entorno a la que el sujeto esté prestando atención en un momento determinado, ya que puede observar las consecuencias reales que esta persona experimenta después de realizar determinada conducta. La observación de este modelo que está siendo reforzado por su conducta puede incrementar la presencia de dicha conducta en el observador. Por lo tanto, cualquier persona del entorno del sujeto (terapeutas, familiares, otras personas con daño cerebral) puede hacer la función de modelo y por ello, es especialmente importante que terapeutas y familiares desplieguen conductas positivas durante su interacción con la persona con DCA. Sin lugar a dudas, cuando un familiar de una persona con DCA manifiesta su enfado hacia otros familiares a través de gritos e insultos, será muy probable que la persona con DCA adopte esta forma de expresión para desahogar su frustración o conseguir lo que quiere. Sin embargo, si en su entorno familiar el diálogo es la principal forma de comunicación la probabilidad de que la persona con DCA grite e insulte será mucho menor.

El modelamiento suele ser más eficaz en función de la cercanía subjetiva entre la persona y el modelo, ya que a la persona con DCA le será más fácil ponerse en la situación de una persona en la que se sienta reflejada y por lo tanto las observaciones realizadas van a tener un mayor impacto en su conducta. Por ello, es de especial interés prestar atención al modelamiento a través de los iguales de referencia (hermanos o compañeros del centro de rehabilitación).

Grupos de Habilidades Sociales:

Las habilidades sociales vienen constituidas por las actitudes, conductas, pensamientos y emociones que aumentan nuestras posibilidades de mantener relaciones interpersonales satisfactorias y de conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.

El adecuado uso de las habilidades sociales lleva al usuario con daño cerebral adquirido a resolver los problemas cotidianos de una manera más eficaz y adecuada: pedir ayuda, denegarla cuando así lo desean, decir que no, explicar cómo se sienten, etc.

Los grupos de habilidades sociales han demostrado su eficacia en patologías como la esquizofrenia, trastornos adaptativos, delinquentes o adolescentes en riesgo de exclusión. En el daño cerebral también han demostrado su eficacia (Owsorth, 2000; Medd y Tate, 2000; Ojeda, Ezquerro, Urruticoechea, Quemada y Céspedes (2000). Aunque los programas son muy similares al de otros grupos de intervención conviene introducir dos modificaciones básicas para asegurar el resultado óptimo de la



intervención. (1) Adaptar el programa inicial a las necesidades detectadas en cada grupo de personas favoreciendo que el entrenamiento sea más intensivo en los aspectos que preocupan a los participantes del grupo en un momento concreto o que tienen una mayor repercusión en la vida de los componentes del grupo en cuestión. (2) Repetir los ejercicios tantas veces como sea necesario, ya que las dificultades de flexibilidad mental y de memoria pueden provocar con mayor facilidad que en otro tipo de poblaciones que el cambio sea lento y costoso. En definitiva, las adaptaciones de los programas de habilidades sociales a personas con DCA están dirigidas a recoger las dificultades reales experimentadas en su contexto significativo y a reducir la interferencia de dificultades ejecutivas y de memoria en el proceso de aprendizaje.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Los pasos fundamentales que se han de seguir en el entrenamiento de las habilidades sociales de personas con daño cerebral adquirido han de ser:

1.- INSTRUCCIÓN VERBAL Y DISCUSIÓN: Esta primera fase tiene como objetivo delimitar y especificar la habilidad a trabajar, determinando su importancia y relevancia, dando instrucciones directas de cómo ejecutarla y realizando un pequeño diálogo sobre diferentes maneras de ejecutarla, la importancia en la vida de cada persona y finalizando con instrucciones claras y directas de la manera más adecuada de ejecutarla, que si es posible debería ser consensuada por los miembros del grupo.

2.- MODELADO: En esta fase que tiene como objetivo la demostración práctica de la conducta deseada, el modelo elegido reproducirá exactamente la conducta que desea que aprendan, despacio y varias veces si es necesario.

3.- PRÁCTICA: En la fase de práctica distintos sujetos representarán los papeles en el entorno terapéutico. La conducta se debe repetir hasta que alcance un nivel adecuado o por lo menos un cambio significativo permitiendo que, en una próxima sesión se alcance el nivel adecuado. Para facilitar la toma de conciencia de las dificultades se puede introducir entre diferentes ensayos, una práctica por una persona que domine ese aspecto concreto o una segunda demostración de modelado para que el grupo y la propia persona afectada observen y valoren las diferencias entre distintas conductas. Idealmente esta primera práctica en el entorno terapéutico debería trasladarse al entorno real (en grupo o de manera individual) aplicándose en diferentes lugares, momentos y contextos para favorecer su generalización.

4.- RETROALIMENTACIÓN (FEED-BACK): El objetivo de esta fase es que cada participante tenga un feed-back del resto de miembros del grupo y, si fuera necesario del propio terapeuta. El feedback debe basarse en aspectos específicos de la tarea encomendada, así como al contenido verbal y las manifestaciones no verbales observadas durante la práctica.

5.- REFUERZO: El objetivo de esta fase es reforzar los aspectos positivos expresados en la práctica supervisada del día y los avances generales realizados por la persona (por ejemplo, desde que comenzó su rehabilitación). Así mismo, después del refuerzo se pueden repasar los aspectos que el usuario, integrantes del grupo o el propio terapeuta creen que pueden ser mejorados indicando estas observaciones, siempre en formato de crítica constructiva.

6.- DIÁLOGO – DISCUSIÓN: Tiene como objetivo realizar un resumen de los aspectos más relevantes aprendidos en la sesión, prestando especial atención a la importancia de desarrollar esta habilidad, implicaciones para la vida de los componentes del grupo, resumen de la valoración de los participantes acerca de cómo se han sentido observando o participando en la actividad, opiniones de los miembros del grupo sobre los aspectos que consideran más importantes y en qué pueden mejorar cada uno de ellos.

7.- TAREAS PARA CASA: El objetivo de esta fase es la generalización y para ello, se asignarán una serie de pautas para practicar lo aprendido en la sesión en situaciones reales en la comunidad.

Algunas de las habilidades a trabajar en los programas de entrenamiento son:

Habilidades elementales:

- Escuchar al otro. Trabajar la capacidad de comprender lo que me están comunicando.
- Aprender a iniciar una conversación y a mantenerla.
- Aprender a formular preguntas.
- Saber dar las gracias.
- Presentarse correctamente ataviado.
- Saber presentarnos a otros/as y presentar a los demás.
- Saber hacer un cumplido, sin zalamerías y con afecto.

Habilidades avanzadas:

- Aprender a pedir ayuda.
- Capacitarnos para dar y seguir instrucciones.
- Saber pedir disculpas.



Habilidades relacionadas con los sentimientos:

- Conocer nuestros sentimientos y emociones y saber expresarlos.
- Comprender, valorar y respetar los sentimientos y emociones de los demás.
- Saber reaccionar ante el enfado del interlocutor y gestionar bien la situación.
- Resolver las situaciones de miedo.

Habilidades alternativas a la agresividad

- Pedir permiso.
- Compartir cosas, sensaciones y sentimientos.
- Ayudar a los demás.
- Aprender a negociar, a consensuar, a llegar a acuerdos.
- Recurrir al autocontrol en las situaciones difíciles.
- Defender nuestros derechos cuando los veamos amenazados.
- Responder a las bromas cuando proceda.
- Rehuir las peleas, dialécticas y de las otras.

4.3.6. Otras técnicas de modificación de conducta

Existen estrategias que han demostrado su utilidad en la implementación de nuevas capacidades o destrezas, pero que no están basadas en el manejo de contingencias, sino en favorecer la iniciación de las conductas y reducir la interferencia de otros estímulos en la consecución de las conductas.

El *prompting* consiste en asociar una señal con una determinada conducta, de tal manera que al aparecer esta señal (un aviso, una alarma o una determinada hora del día) la persona inicie la conducta de manera automática.

El *chaining* consiste en encadenar diversas conductas que han sido entrenadas previamente, de manera que el final de cada conducta funciona como prompting, provocando una reacción de inicio de la siguiente conducta, evitando a su vez que otros estímulos interfieran en la iniciación de la conducta.

Su eficacia se ha visto demostrada en personas con apatía o dificultades de iniciativa y en personas con déficit severo de memoria (Wilson, Evans, Emslie, y Malinek 1997; Wilson, 1999; Tosí y Yule, 1980).



4.4. ELECCIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN LOS PROBLEMAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Ylvisaker (2002) y Rattock, Ezrachi y Lakin (1992) revisan algunas de las razones por las que conjugar tratamiento psicoterapéutico, rehabilitación neuropsicológica y técnicas de modificación de conducta se hace necesario en la intervención de problemas conductuales en personas con DCA. Como bien apunta Ylvisaker, las alteraciones intelectuales, emocionales y conductuales deben ser entendidas de una manera global, en la que las últimas son a la vez reflejo y consecuencia de las anteriores. Es precisamente por estas dificultades cognitivas que están presentes en el sujeto con alteraciones conductuales, que los procesos de aprendizaje están alterados. En los sujetos con daño cerebral la superioridad del aprendizaje procedimental/involuntario frente al declarativo o estratégico, junto con las dificultades en la generalización de aprendizajes, hacen que las técnicas basadas en la modificación de conducta, que tienen especial incidencia sobre estas áreas más preservadas, sean un complemento inestimable a otros tipos de terapia (neuropsicológica o psicoterapéutica) ya que favorecen en mayor medida el aprendizaje y la generalización.



PARTE V

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

EN DISTINTAS ALTERACIONES

CONDUCTUALES

Las diferencias entre dos programas de intervención para reducir la incidencia de un mismo problema conductual en dos sujetos distintos, pueden ser tan grandes como las de dos programas de intervención para dos problemas distintos en un mismo sujeto. Con esto queremos resaltar que no hay estrategias infalibles ni métodos estándar para la intervención conductual en distintos problemas de conducta. Los pormenores de cada caso son los que determinarán la naturaleza del tipo de intervención que será más efectiva.

A pesar de que la naturaleza de cada tratamiento va a venir determinada por las características únicas del sujeto, lesión y entorno, sí podemos ofrecer un esquema de intervención, que incluye una serie de fases y pasos que podemos considerar comunes a la mayoría de programas de intervención conductual que podamos diseñar.

Este esquema de intervención recoge aspectos que deben ser trabajados tanto con la persona afectada como con su familia y recoge distintos modelos de intervención (análisis funcional de la conducta, psicoeducación, terapia grupal, terapia individual, intervención neuropsicológica, modificación de conducta, estrategias de comunicación y de control del entorno).

En el siguiente cuadro aparece el esquema de un posible programa de intervención para una persona con un problema de agresividad. Las fases y muchas de las técnicas pueden ser comunes para distintas alteraciones conductuales, pero otras son específicas para la intervención con una persona que presenta problemas de agresividad.

USUARIO/A	FAMILIA
FASE 1: Valoración	
Análisis funcional de la conducta Énfasis en conductas disruptivas en el centro rehabilitación	Análisis funcional de la conducta Énfasis en conductas disruptivas en el hogar
FASE 2: Implicación en la intervención	
Entrevista Motivacional (si fuera posible) para intentar conseguir compromiso y máxima implicación en la intervención	Entrevista Motivacional para intentar conseguir compromiso y máxima implicación en la intervención
FASE 3: Toma de conciencia e intervenciones preventivas	
Grupo de agresividad Eliminar, si los hubiera, desencadenantes de la conducta agresiva	Participación en programa de psicoeducación Eliminar, si los hubiera,desenca- denantes de la conducta agresiva



FASE 3: Toma de conciencia e intervenciones preventivas	
Eliminar, si los hubiera, inhibidores de conductas adaptativas	Eliminar, si los hubiera, inhibidores de conductas adaptativas
FASE 4: Intervenciones específicas	
<p>Aplicación de técnicas de intervención específicas dentro del centro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa conductual <ul style="list-style-type: none"> - Extinción de respuestas que mantienen la conducta agresiva - Registro conductual - Economía de fichas - Coste de respuesta - Refuerzo diferencial de tasas bajas <p>- Psicoterapia individual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aceptación y adaptación a la discapacidad - Autovaloración de áreas de competencia <p>- Rehabilitación neuropsicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memoria de trabajo - Flexibilidad mental - Planificación - Fortalecimiento de la memoria - Mnemotécnicas - Empatía y habilidades sociales 	<p>Entrenamiento en técnicas específicas que se aplicarán en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrucción verbal y discusión <ul style="list-style-type: none"> - Información conceptual - Instrucción directa de cómo ejecutarla. - Diálogo sobre la misma. - Modelado por parte del terapeuta - Práctica <ul style="list-style-type: none"> - Representación de papeles. (Role-playing) - Práctica real - Retroalimentación por parte del terapeuta - Refuerzo de aspectos positivos y repaso de puntos de mejora - Diálogo y discusión - Tareas básicas para casa
FASE 5: Generalización	
Retirada paulatina de reforzadores materiales y establecimiento de reforzadores sociales	<p>Énfasis en la intervención en el hogar</p> <p>Supervisión directa por parte del terapeuta en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de comunicación <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación cooperativa - Escucha activa - Programa conductual <ul style="list-style-type: none"> - Extinción de respuestas que mantienen la conducta agresiva - Registro conductual - Economía de fichas - Coste de respuesta - Refuerzo diferencial de tasas bajas
FASE 6: Evaluación, revisión y ampliación de objetivos	
Evaluación de objetivos en el centro	Evaluación de objetivos en el hogar
Ampliación de objetivos en el centro	Ampliación de objetivos en el hogar

Tabla 5.1. Ejemplo de un programa completo de intervención conductual para un problema de agresividad



Como se puede observar en la **tabla 5.1**, una intervención eficaz para un problema conductual requiere de un amplio trabajo, tanto con la persona que presenta el problema, como con la familia con la que convive. El énfasis en el análisis funcional de la conducta como primer paso de la intervención, junto con la aplicación de técnicas motivacionales y la constante implicación y formación de la familia, se hacen imprescindibles en el éxito de la intervención, ya que posibilitan una actuación conjunta, coordinada y basada en datos reales de la naturaleza de la conducta.

A pesar de que no se pueden establecer a priori programas de intervención para cada trastorno conductual, por la especificidad de las manifestaciones conductuales en cada persona, sí que existen evidencias de distintas técnicas que pueden tener una mayor repercusión en la intervención de distintos trastornos conductuales. A continuación revisamos en función de cada tipo de alteración algunos aspectos prácticos de su intervención.

5.1. CONCIENCIA DEL DÉFICIT

0. Necesidad de intervención

La anosognosia es descrita (International Neuropsychological Society 1999) como la falta de conciencia de déficit cognitivos, lingüísticos, sensoriales o físicos. Es, por tanto, una alteración metacognitiva y no un problema conductual en sí mismo. Sin embargo, las alteraciones de conciencia del déficit son con frecuencia el origen de distintos problemas y manifestaciones conductuales poco adaptativas.

Un elevado número de pacientes que ha sufrido DCA, presenta dificultades para percibir los cambios en su funcionamiento cognitivo- conductual, así como para describir el impacto psicosocial de los mismos. Así mismo son muy frecuentes, cuando las lesiones son de tipo focal, la falta de conciencia, que puede estar asociada exclusivamente a los déficit físicos o sensoriales (negligencia de la hemiplegia, heminegligencia).

Una de las consecuencias conductuales más típicamente asociadas a la anosognosia, es que, dado que el paciente es incapaz de percibir sus dificultades, no mostrará interés en recibir rehabilitación o pondrá escaso esfuerzo en las actividades terapéuticas, ya que les verá poco o ningún sentido. De esta situación confusa para el paciente en la que es “obligado” a hacer rehabilitación en contra de su percepción, pueden derivar situaciones de irritabilidad e incluso agresividad. Por lo tanto, este trastorno cognitivo es el primer objetivo de intervención cuando comenzamos un programa de rehabilitación,



ya que si esta situación no queda resuelta, la cooperación del paciente será necesariamente pobre y los problemas conductuales que de ella pueden surgir pueden interferir notablemente en el transcurso de la rehabilitación.

1. Evaluación y detección del problema

Las dificultades de conciencia del déficit suelen evidenciarse en el primer contacto con la persona, a través de la entrevista clínica y las observaciones conductuales. En el caso de tratarse de una persona que presente una lesión focal, debemos centrarnos en explorar el grado de conciencia que tiene sobre sus déficit físicos y sensoriales, y en el caso de que aparezca cualquier tipo de alteración cognitiva en la evaluación neuropsicológica, deberemos contrastar los datos obtenidos en la evaluación con la percepción del paciente acerca del problema. Es frecuente que la persona reconozca durante la evaluación no haber realizado muy adecuadamente una determinada prueba, pero ser incapaz de relacionar estos fallos con un déficit argumentando que siempre ha tenido problemas con este tipo de tareas. Más frecuentemente, la persona puede admitir tener dificultades en un área concreta del funcionamiento cognitivo, pero ser incapaz de asociarlo con la incapacidad que estas dificultades le puede suponer en la vida diaria.

Como en todos los demás casos en los que parece haber un problema conductual, una vez detectada la falta de conciencia de la dificultad, el primer paso a seguir es el análisis funcional de la conducta. En el caso concreto de la falta de la conciencia del déficit es importante prestar especial atención a factores como: problemas de memoria, actitudes de la familia, exposición a los resultados de la valoración y pronóstico a la persona con DCA.

2. Estrategias de intervención

Objetivos prioritarios

- Aumentar la conciencia de las dificultades cuando se enfrente a una tarea
- Que sea capaz de asociar las dificultades detectadas con limitaciones funcionales
- Que se implique de manera activa en el proceso de rehabilitación
- Que sea capaz de utilizar estrategias compensatorias para suplir los déficit

Establecimiento del programa de intervención conductual

Las alteraciones de conciencia de déficit constituyen con frecuencia un obstáculo importante en el proceso de rehabilitación y de inserción social y laboral y por lo tanto su intervención debe ser prioritaria.



Los programas de intervención de la anosognosia, que deben tener como objetivo la progresiva toma de conciencia y aceptación de la realidad, pueden dividirse en tres fases en función del alcance de la falta de conciencia:

- Conciencia de déficit (cognitivo, físico o sensorial)

La principal estrategia para aumentar la conciencia de las dificultades, sean físicas, cognitivas o sensoriales consiste en señalar a la persona en todo momento sus limitaciones, ofreciéndole un feedback constante junto con demostraciones de respuestas más adecuadas. Conviene apoyarse en la medida de lo posible en pruebas ecológicas en situaciones reales y con tareas cotidianas en las que la expectativa de éxito de la persona, pueda ser contrastada directamente con la ejecución real de la tarea.

Durante esta fase la señalización verbal, la confrontación de expectativas-resultados, junto con las hojas de registro constituyen las técnicas más eficaces para la intervención. Así mismo, la intervención para reducir las dificultades de memoria y las dificultades de abstracción puede ser un apoyo inestimable, ya que muchas dificultades de conciencia del déficit están directamente asociadas con las dificultades mnésicas y las alteraciones en las funciones del pensamiento.

Estas intervenciones claramente confrontacionales pueden provocar estados pasajeros, casi momentáneos de tristeza o preocupación cuando la persona es capaz de dilucidar el alcance de sus dificultades. A pesar de que estos episodios suelen ser pasajeros, finalmente la persona tomará una conciencia más profunda y duradera de sus dificultades, que tendrá un fuerte impacto en su estado emocional. Este impacto en el estado de ánimo de la persona suele ser la señal más clara de que la toma de conciencia es permanente. El clínico debe permanecer atento a esta señal ya que deberá intervenir para acompañar y facilitar el proceso de duelo natural (que puede durar semanas y meses) a la vez que comenzar a preparar la siguiente fase de la intervención.

- Conciencia de la repercusión de los déficit en la vida cotidiana

El objetivo primordial durante esta fase es que la persona acepte la repercusión funcional de sus limitaciones. Aspectos como la capacidad de desarrollar la actividad profesional previa o la conducción son especialmente peliagudos, ya que son capacidades nucleares en muchas personas y su aceptación suele ser muy laboriosa.

En estos casos, la psicoeducación y el trabajo terapéutico debe complementarse con frecuencia con la confrontación directa de estas tareas en un entorno vigilado en el que la persona pueda darse cuenta de sus limitaciones. Así mismo, la grabación y visionado



de películas en las que la persona se enfrenta a distintos tipos de tarea, pueden provocar un gran impacto en la autopercepción de la persona y facilitar el proceso de aceptación de su discapacidad (revisado en Quemada, 2006).

En esta fase de la intervención, la persona puede ser más permeable a las percepciones de los compañeros de rehabilitación que a las de familiares y terapeutas, por lo que un grupo de terapia centrado en la toma de conciencia del déficit suele acelerar el proceso de aceptación.

- Ajuste de expectativas de futuro a sus posibilidades reales

El objetivo principal de esta fase de la intervención es el de conseguir que la persona realice un cambio de expectativas, sustituyendo las que están fuera de su alcance por otras que pueda realizar exitosamente. Sin lugar a dudas este es un proceso tremendamente complejo, ya que el aparcar expectativas asentadas desde edades tempranas y con una gran repercusión en la sociedad actual es difícil, al igual que lo es la adopción de nuevas expectativas deseables para la persona dentro de su campo de posibilidades.

En esta fase de la intervención el proceso de aceptación puede ser especialmente complejo, por lo que la psicoterapia tanto individual como grupal puede ser adecuada para acompañar al paciente en el proceso de duelo, expresar sus miedos y frustraciones y ayudarle a procesar emocionalmente los cambios que pueden ayudarle a adaptarse a su situación.

El tratamiento de estos trastornos, dada su complejidad, es necesariamente costoso y puede no acabar durante el largo proceso de rehabilitación. El compromiso de todos los profesionales debe ser óptimo, ya que el éxito de su rehabilitación radica en la constante confrontación de la persona con sus limitaciones en diferentes contextos y tareas.

Así mismo, es muy importante conocer el estado de ánimo de la persona con DCA, ya que podríamos provocar en ella una mayor apatía e incluso reacciones negativas ante la situación. Por esto recomendamos aprovechar situaciones en las que de forma espontánea la persona con DCA hable de sus dificultades y entonces llevar a cabo la confrontación.

3. Facilitadores

Actitudes realistas de la familia respecto a la capacidad del paciente, así como a las expectativas de rehabilitación.



Integración del sujeto en la medida de lo posible en actividades cotidianas y en un entorno social normalizado en el que pueda ver sus limitaciones en la vida real.

4. Apoyos

Rehabilitación neuropsicológica orientada a mejorar la capacidad de abstracción, introspección y recuerdo episódico y semántico.

En los casos que sea necesario, debemos derivar a la familia a los servicios de salud mental, así como a los distintos movimientos asociativos de la comunidad, para que reciban apoyo emocional o psicofarmacológico que les ayude a manejar el dolor y sufrimiento que pueden provocar los bruscos cambios ocurridos en su vida.

5.2. IMPULSIVIDAD CONDUCTUAL

La impulsividad conductual puede ser una manifestación de una incapacidad para inhibir la satisfacción de impulsos básicos. Las consecuencias de este déficit cognitivo pueden abarcar un gran abanico de manifestaciones conductuales diversas, tales como dificultades en el manejo del dinero, ingesta compulsiva, conducta sexual inadecuada, dificultad en las relaciones sociales o problemas de irritabilidad.

0. Necesidad de intervención

Aunque la prevalencia clínica no es demasiado alta (aproximadamente un 9% de los hombres con DCA pueden presentar conductas sexuales inapropiadas o un 22% conductas impulsivas en las relaciones sociales), la mayoría de personas que han sufrido una lesión cerebral manifiestan algún tipo de problema para controlar los impulsos, que se puede evidenciar en la capacidad para resolver problemas cotidianos, sutiles dificultades en el control emocional o dificultades en la regulación de las funciones atencionales (revisado en Gangon, 2006 y Simpson 2001).

Independientemente de que las manifestaciones conductuales derivadas de la falta de control de los impulsos sean severas o sutiles, la evidencia científica y la experiencia clínica indica que pueden ser muy discapacitantes especialmente para la integración social y ocupacional de la persona con DCA.

1. Evaluación y detección del problema

Antes de intervenir ante un problema de impulsividad conductual es fundamental evaluar los pormenores de la problemática, ya que las manifestaciones pueden ser muy heterogéneas y darse en contextos muy diversos.



Entrevista familia y paciente

Dentro de los principales objetivos de la entrevista clínica en la evaluación de las alteraciones de control de los impulsos están (1) Obtener una descripción del tipo de conductas impulsivas que son consideradas un problema por parte de la familia, así como la repercusión en la vida cotidiana del paciente (2) Evaluar el grado de conciencia de las dificultades, tanto por parte de la persona con DCA como de su familia (3) Evaluar la motivación de la persona para implicarse y participar en el cambio, así como intentar conseguir su compromiso de trabajar para reducir sus dificultades.

Análisis funcional

En este análisis funcional de las conductas relacionadas con la impulsividad conductual prestaremos especial atención, tanto a los estímulos que desencadenan (antecedentes) la conducta problema, como a aquellos que la mantienen (consecuentes), pues la intervención que diseñemos irá encaminada a modificar tanto los unos como los otros. En este caso concreto, puede ser de especial interés valorar la variabilidad de las manifestaciones conductuales en distintos contextos.

2. Programa de intervención

Objetivos prioritarios

- Delimitar los aspectos de la conducta del paciente en los que se manifiesta la dificultad de controlar los impulsos y establecer un orden de prioridades de intervención
- Aumentar la conciencia de las dificultades y de su repercusión funcional
- Aumentar la tolerancia del paciente a la presencia de estímulos desencadenantes de la conducta impulsiva
- Fomentar el autocontrol
- Reducir la frecuencia, intensidad y velocidad de respuestas impulsivas
- Entrenamiento en estrategias que permitan sustituir la conducta impulsiva por otra adaptativa

Establecimiento del programa de intervención conductual

Todas las técnicas descritas que permitan aumentar la conciencia de las dificultades, así como las que facilitan la reducción, eliminación y /o sustitución de una conducta pueden ser especialmente indicadas en la intervención de los trastornos de control de los impulsos.



En primer lugar, debemos prestar atención a las técnicas que aumentan la conciencia de la conducta siendo especialmente útiles en este sentido, la señalización verbal, el establecimiento de límites, los registros de conducta y la psicoterapia grupal dirigida a aumentar la conciencia del déficit.

A pesar de que estas técnicas pueden ser eficaces por sí mismas, apoyar la intervención con otras técnicas puede favorecer la mejor recuperación, así como acelerar el proceso. Dentro de estas técnicas de apoyo, las intervenciones dirigidas a eliminar factores ambientales desencadenantes (cuando sea posible), limitar las posibilidades de que la conducta se produzca (regulando el acceso al dinero o la comida), así como a extinguir la conducta eliminando reforzadores (por ejemplo, la atención prestada a la persona por parte de los familiares, compañeros o personal de rehabilitación)

Finalmente, la rehabilitación cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales van a permitir a la persona adoptar estrategias más adaptativas para satisfacer sus necesidades, lo que combinado con las técnicas de refuerzo diferencial pueden consolidar la adopción de estas nuevas conductas más deseables dentro del repertorio de conductas exhibidas por la persona con DCA.

3. Facilitadores

Colaboración, implicación y entrenamiento específico en las pautas de intervención por parte de la familia y el equipo terapéutico.

Consistencia y perseverancia en la aplicación de las técnicas de modificación de conducta por parte de todo el equipo de rehabilitación.

Capacidad de la familia y de los terapeutas para establecer límites claros.

4. Apoyos

Programas de psicoeducación dirigidos al dominio de las técnicas de establecimiento de límites y manejo de contingencias.

Intervención psicofarmacológica en los casos en los que el déficit de control de impulsos sea severo o la aplicación de técnicas no farmacológicas no resulte efectiva.

En los casos que sea necesario debemos derivar a la familia a los servicios de salud mental, así como a los distintos movimientos asociativos de la comunidad para que



reciban apoyo emocional o psicofarmacológico que les ayude a manejar el dolor y sufrimiento que pueden provocar los bruscos cambios ocurridos en su vida.

5.3. AGRESIVIDAD

Al igual que en el caso de la impulsividad conductual, los problemas de irritabilidad y agresividad pueden ser manifestaciones de una incapacidad para inhibir impulsos. Sin embargo, en el caso de las conductas agresivas hay además, otros factores cognitivos (amnesia, desorientación) y emocionales (estado de ánimo depresivo, trastornos adaptativos) que pueden facilitar por sí mismos que se desencadenen este tipo de conductas ante situaciones que producen frustración o estrés.

0. Necesidad de intervención

La agresividad se define como una conducta compleja que incluye daño a personas u objetos, actitudes o gestos que otros encuentran intimidantes, disrupción intencionada de actividades, etc. Puede incluir conductas agresivas a nivel físico como por ejemplo, pellizcos, patadas, golpes, arañazos, lanzamiento de objetos, etc. y a nivel verbal se manifiesta mediante insultos, amenazas, etc.

Es una de las alteraciones conductuales que destaca por su relevancia clínica y social, pues influye de forma negativa en el proceso de adaptación de la persona con daño cerebral adquirido. Se caracteriza además por ser una de las alteraciones más frecuentes tras un DCA y causa común de estrés en las familias y aislamiento social en el paciente.

Las primeras manifestaciones de agresividad en el paciente con daño cerebral pueden observarse en la fase aguda, en el entorno hospitalario y aparecen en forma de **agitación** coincidiendo con una fase de intenso estado confusional. Posteriormente, puede mitigarse convirtiéndose en episodios de agresividad que responden a circunstancias específicas y posteriormente episodios de irritabilidad. Estos episodios pueden desaparecer de manera paulatina o perpetuarse en muchas personas. Así pues, es importante intervenir lo antes posible para evitar su cronificación y los posibles problemas derivados del comportamiento agresivo.

1. Evaluación y detección del problema

Antes de cualquier intervención conductual es fundamental hacer una buena evaluación del problema a abordar, en nuestro caso: la agresividad. Es inviable intervenir sin haber estudiado pormenorizadamente la conducta y el contexto en que se da.



Entrevista familia y paciente

La entrevista a la familia y al paciente es el mejor instrumento de valoración clínica que poseemos. Resulta interesante desde el punto de vista práctico pues, en ocasiones, el paciente y su familia perciben el problema de manera muy diferente.

Adquiere especial importancia cuando el paciente presenta un importante deterioro cognitivo, pues en muchas ocasiones el propio paciente o la familia no son conscientes de sus déficit, de las repercusiones de ese déficit en su conducta o no lo viven como un problema para sus vidas en esa fase de la rehabilitación.

Por otra parte, mediante la entrevista se pretende indagar algunos aspectos de la familia que nos ayudarán a entender el problema de agresividad y que en ocasiones son también objeto de intervención.

Análisis funcional

El análisis funcional de la conducta es una herramienta de gran utilidad para los/as psicólogos/as, pues nos ayuda a diseñar tratamientos individualizados.

En este análisis funcional de las conductas agresivas prestaremos especial atención, tanto a los estímulos que desencadenan (antecedentes) la conducta problema (agresividad) como a aquellos que la mantienen (consecuentes), pues la intervención que diseñemos irá encaminada a modificar tanto los unos como los otros.

El análisis de la conducta nos ayudará a discernir hasta qué punto estas conductas son únicamente manifestaciones de daño ocurrido en el cerebro o representan respuestas adaptativas de la persona a las contingencias del entorno, así como nos permitirán establecer una línea base para valorar progresos y eficacia del programa.

Para realizar una evaluación adecuada nos podemos apoyar en entrevistas a la familia, otros profesionales y al propio paciente (siempre que su estado cognitivo lo permita), en escalas estandarizadas y observación directa, siendo ésta fundamental para describir cualitativa y cuantitativamente la conducta agresiva.

En el caso concreto de la agresividad es importante prestar especial atención a factores relacionados con el paciente, la familia, el entorno social y el entorno físico y sensorial.

Por lo que respecta al paciente, atenderemos a factores tales como: el estado cognitivo y emocional del paciente, consumo de alcohol, tóxicos o psicofármacos, personalidad



premórbida, presencia de dolor físico, expectativas del paciente, características de la lesión (extensión y localización).

En la valoración del estado *cognitivo* tendremos en cuenta las posibles secuelas neuropsicológicas (atención, memoria, orientación, funciones ejecutivas, lenguaje, etc.) derivadas del daño cerebral. La desorientación, los problemas de memoria, las dificultades de comunicación, etc. pueden desencadenar respuestas agresivas.

A *nivel emocional* nos fijaremos especialmente en factores como la indefensión, frustración (que puede deberse a la adaptación a sus propios déficit), baja autoestima, falta de control sobre la situación, etc.

Algunos pacientes con daño cerebral adquirido ya tenían una *personalidad premórbida* caracterizada por rasgos como impulsividad, irritabilidad, agresividad, egocentrismo, impaciencia, etc. Tener en cuenta estos factores caracterológicos puede ayudar a explicar la existencia o el aumento del comportamiento agresivo.

El consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas (ej. psicoactivas), las *expectativas irreales* (tanto del paciente como de su familia), el *abandono de la actividad laboral*, la *dependencia de una tercera persona* y el *deterioro en la calidad de vida* pueden llevar a respuestas agresivas.

Asimismo, conviene no perder de vista la *localización anatómica y extensión de la lesión cerebral*. La agresividad es frecuente cuando el daño se sitúa en el sistema límbico (particularmente en la amígdala), en la corteza frontal (especialmente en la zona orbitofrontal) o en la conexión entre ambas.

A *nivel familiar* resulta de interés valorar la actitud y el estilo de relación que tiene la familia con el paciente, por ejemplo, la existencia de sobreprotección, altos niveles de exigencia, etc. Los roles familiares serán otro punto a tener en cuenta, la asunción de un nuevo rol puede ser un estímulo en el desencadenamiento de respuestas agresivas.

La actitud del entorno social y el entorno físico (sobrestimulación ambiental, ruidos, dolor, complejidad de una tarea, calor, etc.) también nos pueden dar algunas claves para explicar el comportamiento agresivo y a su vez, ser objeto de intervención.



2. Programa de intervención

Objetivos prioritarios

- Reducir la frecuencia de la conducta agresiva
- Disminuir la duración e intensidad de la conducta
- Sustituir una conducta agresiva por otra adaptativa
- Fomentar el autocontrol

Establecimiento del programa de intervención conductual

El análisis funcional nos ayuda a comprender de forma pormenorizada la conducta agresiva del paciente. Conocer los factores desencadenantes y mantenedores de la conducta es especialmente útil en el diseño de la intervención, ya que condicionan de forma directa la elección de las técnicas a aplicar.

El denominador común de las técnicas que se enumeran a continuación es la reducción, eliminación y /o sustitución de una conducta, tal es el fin que perseguimos con la conducta agresiva. En el ámbito del daño cerebral adquirido han mostrado su eficacia en este particular: la extinción, el tiempo fuera, el coste de respuesta, el refuerzo diferencial de tasas bajas o el refuerzo diferencial de otro comportamiento.

Una de las primeras intervenciones que podemos realizar en el caso de personas que presentan una conducta agresiva es eliminar factores ambientales desencadenantes (ej. hiperestimulación ambiental), en estos casos la intervención irá encaminada a la modificación del entorno (ej. evitar hablar todos a la vez, eliminar los ruidos molestos, etc.). Una atención particular de modificación del ambiente es la que afecta a pacientes que parecen responder de manera agresiva como respuesta a la desorientación que sufren en un entorno poco conocido. En estos casos, será conveniente orientar bien a la persona y ofrecerle todos los medios a nuestro alcance para que se puedan orientar (carteles señalizadores, identificadores de terapeutas, relojes, calendarios y uniformidad de horarios y espacios).

Las técnicas de registro han demostrado su utilidad en los casos en los que la persona manifiesta su deseo de reducir sus episodios de agresividad/irritabilidad, ya que permiten aumentar la conciencia sobre el problema e identificar situaciones en las que pueden aparecer este tipo de respuestas.

El refuerzo diferencial de tasas bajas es aplicable en los casos cuya aparición de la conducta es muy frecuente y no responde a la extinción, siendo el objetivo prioritario reducir la emisión de la conducta objeto de atención (ej. reducir la frecuencia de insultos).



En el refuerzo diferencial de otro comportamiento se refuerza cualquier conducta que el sujeto manifieste, excepto el comportamiento agresivo. Aplicamos el refuerzo cuando se cumple el periodo de tiempo, previamente establecido, sin la emisión de la conducta. Poco a poco se va aumentando el intervalo de tiempo requerido para obtener el refuerzo. Esta técnica ha mostrado su eficacia en pacientes que manifiestan un comportamiento agresivo y que éste es reforzado por atención social.

En otros casos, el paciente utiliza la conducta agresiva para obtener atención del entorno o conseguir que una persona acceda a una petición inicialmente denegada. Si tal es el caso, haremos uso de la extinción y el tiempo fuera de manera combinada. A pesar de que la extinción puede resultar efectiva cuando la agresividad es moderada y se manifiesta verbalmente, esta técnica no se debe aplicar en los casos en que la conducta agresiva del sujeto suponga una amenaza para la integridad física de sí mismo o de los otros. En estos casos, la contención física o farmacológica puede ser la única medida que permita evitar daños en el sujeto sin reforzar su conducta agresiva.

A pesar de que técnicas como el coste de respuesta han demostrado su efectividad en la reducción de otras conductas derivadas de la falta de control de los impulsos, las medidas restrictivas y /o aversivas (castigo) deben ser aplicadas siempre con cautela, evitando enfrentarse a la persona en las fases de la escalada violenta. Es más, durante esta escalada el objetivo deberá ser favorecer que la persona disponga de tiempo y espacio para tranquilizarse, ofrecerle una escucha empática y se puede reducir el futuro castigo si la persona consigue controlar su estado agresivo.

Las técnicas mencionadas con anterioridad pueden usarse de forma aislada o combinadamente dependiendo del caso concreto. Los programas de economía de fichas pueden ofrecer un sistema práctico para que el propio paciente pueda monitorizar su conducta y el terapeuta pueda administrar refuerzos y aplicar penalizaciones.

3. Facilitadores

La intervención conductual diseñada por el psicólogo alcanza su máxima eficacia cuando cuenta con la colaboración de todas las personas que interactúan con el paciente, especialmente de la familia y el equipo terapéutico que no sólo debe estar informado sino formado en aspectos básicos de modificación de conducta y en técnicas concretas que se aplicarán en el caso del paciente en concreto.

Es importante elegir adecuadamente reforzadores y que estos sean de fácil aplicabilidad tanto para el equipo como para la familia.



La consistencia, perseverancia y sistematización se consideran elementos necesarios para alcanzar éxito en la intervención.

4. Apoyos

Se recomienda el uso de la terapia farmacológica en aquellos casos en los que el paciente no responde a la intervención conductual. Puede ser la única manera de controlar la conducta en las primeras fases de la intervención y por lo tanto abrir una puerta para la rehabilitación.

Rehabilitación neuropsicológica dirigida a mejorar la orientación y el recuerdo (en aquellos pacientes en los que sospechamos que los problemas de conducta están relacionados con discapacidad mnésica), fortalecer las funciones ejecutivas (especialmente la flexibilidad mental, la planificación, la memoria de trabajo y las habilidades sociales) y la conciencia de las dificultades en su vida diaria (preferiblemente en terapia grupal con otros compañeros que sufran o estén superando problemas de agresividad).

Trabajo psicoterapéutico dirigido a la adaptación de la persona a su discapacidad y apoyo y desarrollo de habilidades preservadas.

Programas de psicoeducación dirigidos al dominio de las técnicas de establecimiento de límites y manejo de contingencias.

En los casos que sea necesario, debemos derivar a la familia a los servicios de salud mental así como a los distintos movimientos asociativos de la comunidad para que reciban apoyo emocional o psicofarmacológico que les ayude a manejar el dolor y sufrimiento que pueden provocar los bruscos cambios ocurridos en su vida.

5.4. HABILIDADES SOCIALES

0. Necesidad de intervención

En los últimos años, se ha empezado a prestar atención a las dificultades sociales derivadas del daño cerebral adquirido. Este interés ha surgido debido a que la alteración social constituye una de las alteraciones cognitivo conductuales más prevalentes en el DCA, a la vez que una de sus consecuencias más incapacitantes a largo plazo (Kelly, 2008).



Las secuelas cognitivas, emocionales y conductuales (infantilismo, irritabilidad, deterioro en la capacidad de introspección, egocentrismo, agresividad, etc.) que presentan las personas afectadas por un daño cerebral producen un gran impacto, tanto en el individuo afectado como en su relación con los demás. Así pues, es frecuente la aparición de conflictos con las personas que se relacionan y que llevan en última instancia al aislamiento social, dificultades para la reinserción laboral e incluso, a la implicación en hábitos poco saludables.

El caso de las habilidades sociales adquiere especial relevancia, ya que puede favorecer la consecución de objetivos más ambiciosos a largo plazo, por ejemplo la búsqueda de empleo, el aumento de la actividad social y la independencia, contribuyendo todo ello a la mejora en su calidad de vida.

Con todo esto, dada la importancia de la interacción social en el desarrollo personal del individuo y, tomando como punto de partida las dificultades que presentan las personas afectadas, se hace necesario el entrenamiento en habilidades sociales. Este tipo de entrenamiento se ha utilizado en muchos tipos de patologías con gran éxito, no obstante, las características particulares del colectivo que nos ocupa requiere el diseño de programas específicos que contemplen además otro tipo de técnicas.

I. Evaluación y detección del problema

Entrevista familiar y/o paciente

El instrumento básico de evaluación es la entrevista clínica de la persona afectada (siempre y cuando su cognición lo permita) y su familia, quienes aportarán información de primera mano basada en las relaciones e interacciones que la persona afectada mantiene día a día. Así mismo, cobran especial relevancia las observaciones conductuales realizadas durante la entrevista, en la interacción con la familia, los profesionales y muy especialmente con los compañeros de rehabilitación.

Por otro lado, existen métodos estandarizados que también pueden ser de utilidad en la recogida de la información, tal es el caso de las escalas específicas de habilidades sociales, los autorregistros y registros de conducta que pueden ser cumplimentados por la propia familia o profesionales.

Análisis Funcional

El primer paso requerido previo a la intervención conductual es el análisis funcional de la conducta. Este análisis detallado de la conducta nos permitirá elegir las técnicas



más adecuadas para el caso concreto que estemos estudiando, aumentando así la probabilidad de que el programa de intervención sea implementado con éxito.

Cuando nos enfrentamos a la falta de habilidades sociales en una persona con DCA es importante realizar una buena evaluación que nos permita conocer cuál es el repertorio conductual de dicha persona, cuáles son las implicaciones que este déficit tiene en su vida cotidiana y cómo repercute en sí misma y en las relaciones sociales que mantienen.

El problema que subyace a las dificultades sociales a las que se enfrenta el paciente con daño cerebral adquirido tiene un carácter muy específico debido a la idiosincrasia de las secuelas de la propia persona afectada, por lo tanto, hemos de prestar atención a algunos de los factores que lo hacen diferente de otras patologías.

Entre los factores a considerar están los referidos a la propia persona con DCA, la familia, el propio entorno social en el que se maneja la persona afectada y el entorno físico y sensorial.

Respecto a los que tienen que ver con la persona afectada cabe indagar acerca del estado *cognitivo* (*funciones atencionales, mnésicas y ejecutivas, especialmente capacidad empática, flexibilidad mental*), *emocional, habilidades de comunicación y lingüísticas, consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas* (así como el propio tratamiento farmacológico que esté tomando), *modelos de aprendizaje social, personalidad premórbida* (introversión/extraversión, sociabilidad, empatía, agresividad, etc.), *conductas previas* (que contempla el repertorio conductual de la persona, su círculo de amistades, las actividades que solía llevar a cabo, formas de ocio y tiempo libre, etc.), *relaciones sociales actuales, conciencia del déficit y los reforzadores sociales* (sobretudo aquellos que mantienen la conducta inadaptada).

En la valoración de la familia haremos especial hincapié en las actitudes que adopta frente al afectado (sobreprotección, nivel de exigencia, etc.), expectativas a nivel social que tiene la familia, roles y pautas de actuación, refuerzos y castigos que se producen en las situaciones sociales.

La valoración del entorno social se centrará en la respuesta del entorno en la interacción social, las expectativas de su grupo social de referencia (amistades, actividades sociales y de ocio, etc) y los reforzadores y el castigo social.



Por último, valoraremos el entorno físico y sensorial en el que prestaremos atención a los lugares en los que el sujeto desarrolla normalmente su actividad diaria y las actividades que se pueden dar en ese entorno.

2. Programa de intervención

Establecimiento de objetivos prioritarios

- Aprendizaje de habilidades sociales:
- Identificación de emociones (propias y en el otro)
- Respetar turnos de palabra
- Desarrollo de la empatía
- Habilidades de comunicación
- Habilidades básicas de interacción (presentarse, iniciar una conversación, pedir una cita, hacer y recibir elogios, negarse ante una petición, etc.)

Los objetivos han de ser adecuados e individualizados y además deben posibilitar la generalización de estas habilidades a las propias situaciones sociales.

Establecimiento del programa de intervención

En el diseño del programa de intervención tendremos en cuenta la información obtenida a lo largo del proceso de valoración, el análisis de conducta y los objetivos que queremos conseguir con esa persona en particular.

Las técnicas que pueden ayudar en el desarrollo, la implantación y generalización de las habilidades sociales son: el modelado (por parte de la familia, terapeutas y otros compañeros), refuerzo positivo (el más eficaz en este caso, el reforzamiento social), exposiciones en vivo, role- playing y la autoobservación de la conducta mediante el uso de medios audiovisuales. Esta última técnica es muy interesante desde el punto de vista práctico, ya que la grabación en vídeo y posterior visionado permite que el sujeto observe su propia ejecución, asimismo le da al profesional la oportunidad de reforzar aquellos aspectos positivos y corregir posibles errores favoreciendo así la retroalimentación.

Parece imposible concebir un programa de intervención para dificultades en habilidades sociales sin un trabajo grupal que permita el entrenamiento y desarrollo de estas habilidades, funcionando los otros componentes del grupo como modelos, reforzadores y elementos motivacionales, favoreciendo todo ello la instauración de conductas más adaptativas.



3. Facilitadores

Favorece de forma muy significativa en el desarrollo de las habilidades sociales; el apoyo de la familia y la red social próxima (por ejemplo, amigos) que funcionan como reforzadores positivos y permiten la generalización de esas conductas, así como la implicación del equipo de profesionales que interactúan con el afectado.

Para poder llevar a cabo el programa de intervención se hace necesaria la formación de todas las personas, sobretodo familia y profesionales, que van a colaborar en la implantación del mismo.

4. Apoyos

Rehabilitación neuropsicológica dirigida a mejorar la flexibilidad mental, el desarrollo de la empatía, habilidades de comunicación (verbal y no verbal) y sistemas de compensatorios de memoria (ya que facilitan el recuerdo y conocimiento de otros compañeros).

Trabajo psicoterapéutico dirigido a la adaptación de la persona a su discapacidad y apoyo y desarrollo de habilidades preservadas.

Programas de psicoeducación para la familia dirigidos al dominio de las técnicas de comunicación y la adopción de pautas de comportamiento que supongan un modelo adecuado para la persona con DCA.

En los casos que sea necesario, debemos derivar a la familia a los servicios de salud mental así como a los distintos movimientos asociativos de la comunidad, para que reciban apoyo emocional o psicofarmacológico que les ayude a manejar el dolor y sufrimiento que pueden provocar los bruscos cambios ocurridos en su vida.

5.5. APATÍA

La apatía (del griego “a” *sin*, y “pathos” *motivación*) constituye en sí misma un síndrome (Marín, S. 1991) que se caracteriza por una falta de motivación respecto al nivel de funcionamiento previo, el grupo de edad y el grupo cultural, y se evidencia por tres aspectos fundamentales, la disminución de la cognición, la disminución de la conducta y la disminución de la emoción. (Gullart M, Paúl-Lapedriza N. y Muñoz-Céspedes JM, 2003).

Los estudios sobre la prevalencia de la apatía (Kelly, Brown, Peter y Kremer, 2008; Kant Duffy y Pivovanik, 1998) indican que aproximadamente el 60% de las personas que



han sufrido una lesión cerebral padecen dificultades para iniciar conductas. Las tres cuartas partes de estas personas sufren depresión con síntomas de apatía y una cuarta parte (el 10% del total de las personas que han sufrido una lesión cerebral) padece un síndrome apático caracterizado por la ausencia de iniciativa y falta de motivación para implicarse en actividades que eran de su agrado previamente a la lesión y que no viene acompañado por un estado de ánimo deprimido. Estos datos nos indican que la incidencia de la apatía, bien sea como síntoma asociado a la depresión o como un síndrome en sí mismo es muy alta en la población de personas que han sufrido una lesión cerebral y sus consecuencias como veremos a continuación, son tremendamente discapacitantes, afectando a todas las esferas del funcionamiento de la persona.

0. Necesidad de intervención

Son muchas las razones por las que la apatía es un síndrome que requiere atención prioritaria por parte de los profesionales del equipo de rehabilitación. En primer lugar, la apatía sin tratamiento tiende a la cronicidad y al aumento de la severidad (Johnson y Balleny, 1996) y por tanto, puede favorecer la permanencia en un estado de dependencia total de tercera persona, en personas que con un sencillo programa de intervención, pueden alcanzar un nivel de independencia funcional para el autocuidado y actividades básicas de la vida diaria. En segundo lugar, no debemos olvidar que en cualquier proceso de rehabilitación es fundamental la implicación de la persona enferma en la misma. La capacidad de formular metas, de superación, de restablecer en lo posible el “orden” previo al DCA, se presenta como un factor determinante para la evolución de la persona afectada. En los casos donde la apatía se presenta, esta implicación no existe y por lo tanto, pone en riesgo todo el proceso de rehabilitación (Harmsen, Geurst, Fasotti y Bevaart, 2004), incluyendo la recuperación de funciones motóricas y sensoriales, por lo que del éxito del tratamiento de la apatía depende el éxito global de la rehabilitación. En tercer lugar, la incapacidad de disfrute de la propia persona, junto a la inactividad, e impermeabilidad de la persona afectada frente a las dificultades o necesidades afectivas de sus seres queridos (cuya estabilidad depende grandemente de la calidad de las manifestaciones afectivas) origina un profundo sentimiento de frustración, pena y fracaso en sus familiares (Gleckman y Brill, 1995).

1. Evaluación

Entrevista familiar y paciente

En el caso de la apatía, al igual que en otros casos donde el deterioro cognitivo es significativo, la información que la familia nos aporta resulta de gran importancia para



delimitar la gravedad del problema. Ya sea conjunta o por separado, nos revelará la verdadera dimensión del problema.

Durante la entrevista uno de los principales objetivos, a parte de la evaluación en sí, será determinar cuáles son las conductas que la persona y su familia consideran prioritarias para mejorar su calidad de vida. Estas conductas deberán ser, en el caso de la persona con apatía, objetivos prioritarios en su proceso de rehabilitación.

Así mismo, otro objetivo de la entrevista es conseguir la colaboración del paciente en el programa de intervención. La técnica más adecuada es utilizar la entrevista motivacional (adaptada a los déficit cognitivos y emocionales de la persona), para asegurarnos la máxima implicación de la misma en todo el proceso. Antes de acabar una primera entrevista, la persona con apatía, si su estado cognitivo lo permite, debería comprometerse a involucrarse activamente en el proceso de rehabilitación, sabiendo que ello va implicar que realice una serie de actividades diarias y asuma una serie de responsabilidades, tanto en su domicilio como en el centro de rehabilitación.

Análisis funcional de la conducta

En la evaluación de los problemas de apatía una prioridad será determinar la causa orgánica, con el fin de establecer un diagnóstico diferencial ya que implicará diferentes pronósticos y acciones rehabilitadoras. Desde un punto de vista neuropsicológico, la apatía podría definirse como un “síndrome prefrontal tipo apático” relacionado con lesiones del área mesial frontal y relacionado con problemas disejecutivos, ya que el paciente apático manifiesta dificultades en la ejecución y regulación de actividades por una alteración de la iniciativa, junto a dificultades relacionadas con alguno de los componentes del Sistema Atencional Supervisor (SAS, Norman y Shallice 1986) en cuanto a problemas de control atencional en el contexto de la acción, dificultades de flexibilidad (por la falta de planteamiento de respuestas alternativas) y dificultad para generar respuestas novedosas en ausencia de estimulación ambiental”. (Guallart M, Paúl-Lapedriza N. y Muñoz-Céspedes JM, 2003) La patología en el área cerebral descrita anteriormente, por regla general afecta a las conexiones funcionales entre el cíngulo y el área motora suplementaria, estructuras implicadas con las redes neurales relacionadas con la motivación y la acción. Dicha desconexión puede producir un cuadro dismotivacional que oscilaría desde la apatía al mutismo acinético.

Debemos complementar la evaluación de los factores neurofisiológicos que pueden favorecer la conducta apática, revisando el tratamiento psicofarmacológico que lleva



el paciente, ya que los efectos secundarios o las interacciones entre distintos fármacos pueden acentuar las dificultades para iniciar la conducta.

Podemos utilizar cuestionarios generales de valoración conductual como la escala DEX del BADS, o un cuestionario específico para valorar la severidad de la apatía, por ejemplo, la escala clínica de apatía de Marin, Marin's Apathy Evaluation Scale (AES).

Así mismo, es fundamental prestar atención a todos los factores que han motivado y que motivan la conducta en el presente y en el pasado. Las actividades que hace de manera independiente (se levanta para ir al baño, se levanta a coger agua, queda espontáneamente con amigos) las que hace sólo si se le indican (recoger su cuarto, ayudar en las tareas domésticas) y las que no quiere hacer (tareas complejas, ejercicio físico, etc.). Para realizar esta valoración funcional podemos apoyarnos en escalas funcionales, aunque suele ser más conveniente diseñar registros de conducta para el hogar, ya que nos permiten obtener una información más detallada sobre distintos aspectos de la conducta, tales como antecedentes, consecuencias.

Así mismo, hay que determinar las posibilidades de actividad que hay en el entorno del hogar y de los servicios de ocio en la comunidad, las aficiones de ocio de la persona, su nivel de actividad previo, apoyos. Una de las partes más difíciles de la entrevista, será conseguir cuáles pueden ser los refuerzos que utilicemos para motivar la conducta de la persona, a través de la exploración de motivadores premórbidos y motivadores actuales (incluidas funciones fisiológicas como la alimentación, el sueño o el sexo). Finalmente podemos valorar la conciencia de dificultad del paciente, su actitud hacia el cambio.

Finalmente debemos valorar la actitud de la familia ante el problema de inactividad de la persona con DCA, ya que de manera frecuente algunas muestras de iniciativa lejos de verse reforzadas, se ven castigadas.

2. Programas de intervención

Objetivos prioritarios

- Hacer consciente, en la medida de lo posible, a la persona afectada de lo que le ocurre y de las consecuencias que tanto para ella, como para los suyos supone
- Establecer un programa de actividades y responsabilidades en el hogar que incluya actividades de autocuidado e higiene, actividades de ocio, y labores domésticas
- Establecer un programa de actividades y responsabilidades en el centro de rehabilitación,

que incluya el máximo nivel de independencia posible, cumplimiento de horarios y una actitud de esfuerzo en sus actividades

- Minimizar el impacto emocional a nivel familiar que supone la apatía
- Enseñar a paciente y familia estrategias para solventar la falta de iniciativa y el desarrollo de acciones (planes prefijados, listados...)

Establecimiento del programa de intervención conductual

El primer objetivo cuando nos enfrentamos a un problema de apatía es favorecer la aparición de conductas, sean éstas adecuadas o inadecuadas. En los casos en los que la apatía es severa (las respuestas espontáneas son escasas o inexistentes), las respuestas de irritabilidad o agresividad pueden ser las primeras manifestaciones de respuestas motivadas, por lo que lejos de castigarlas o ignorarlas deben ser reforzadas.

Resultará más sencillo obtener resultados eligiendo como conductas diana actividades adaptadas al interés individual del paciente, como salidas o aficiones que tenía anteriormente. En este sentido, las conductas diana deben ser sencillas, para que la expectativa de éxito/fracaso no sea una barrera que impida a la persona iniciar la conducta. No debemos olvidar que en muchos casos la apatía está estrechamente asociada a dificultades ejecutivas, que limitan la capacidad de la persona para solucionar problemas de complejidad media o baja de manera independiente. Igualmente perjudicial que elegir conductas diana demasiado complejas es seleccionar conductas demasiado sencillas, ya que de esta manera evitaremos que la persona alcance objetivos de rehabilitación por debajo de sus posibilidades lo que puede ser igualmente desmotivador.

Dado que la apatía puede en parte responder a dificultades de planificación e iniciación de conductas, un programa de actividades (un horario) ofrece una estructura clara y puede provocar un cambio significativo elicitando por si mismo la aparición de conductas. Su aplicación dentro del contexto de rehabilitación y del hogar debe estar siempre presente en la intervención de problemas de apatía.

El refuerzo es una parte indispensable de los programa de rehabilitación para personas que presentan problemas de apatía. En un primer momento, el refuerzo debe ser contingente a cualquier actividad o muestra de iniciativa. Cuando la persona haya comenzado a tener conductas espontáneas el refuerzo puede otorgarse sólo ante conductas más complejas. La determinación de refuerzos puede ser especialmente efectiva si se aplica un programa de puntos, ya que ofrece una estructura externa de actividades y un feedback y un refuerzo, que la persona puede obtener simplemente mirando la hoja de registro o las fichas acumuladas.



Algunas estrategias que apoyan la intervención conductual son la directividad, la segmentación de tareas y la encadenación de tareas:

La directividad, apoyada en técnicas de comunicación cooperativa (Bilbao y Díaz, 2008) pueden favorecer la iniciación de conductas. Estas técnicas implican dirigirse a la persona con apatía de forma clara y sencilla, explicando lo que pretendemos a corto plazo; por ejemplo “Vamos a hacer la compra”, “Vamos a comer” es importante el orden en la realización de actividades y la claridad de lo que se le pide. Así mismo, las preguntas cerradas y a ser posible con dos o tres opciones, que tenga que elegir, por ejemplo: ¿quieres comer lentejas o garbanzos?, ¿Quieres ir por esta calle o por la otra?, canal Tv., ropa, hasta lo más insignificante permite que la persona con DCA participe de manera activa en la toma de decisión e iniciación de la conducta, a pesar de que ésta esté motivada externamente y dirigida por el terapeuta o familiar.

Desglosar cada actividad en pequeños pasos acompañados de instrucciones referidas a la misma y a las dificultades que pueden surgir. Por ejemplo, si vamos a realizar la compra, desglosar en pasos: primero hacemos la lista y revisamos qué nos falta en la despensa, guardamos la lista, cogemos el abrigo, la cartera y las llaves, salimos de casa, vamos por tal calle, llegamos, revisamos la lista, pensamos por dónde comenzar, seguimos un orden, etc. Si no hay un producto, qué podríamos hacer, etc.

La encadenación de tareas ha demostrado su efectividad en la rehabilitación de la apatía. Ya que las dificultades de iniciativa son un problema nuclear en este tipo de alteraciones el hecho de encadenar consecutivamente una serie de conductas que pueden estar asociadas de manera natural (ducharse, vestirse, preparar el desayuno y tomar la medicación) evita que se produzcan parones en la actividad, permitiendo que se reduzca el número de conductas que se tienen que iniciar por una sola secuencia de conductas. Esta estrategia debe ser muy tenida en cuenta a la hora de planificar conductas diana, ya que simplifica la intervención, permite aumentar el número de conductas realizadas por la persona a través de la encadenación y es muy eficaz.



SEMANA DEL:		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
MAÑANA	LEVANTARME 9,30 TOPE							
	HACER LA CAMA							
	MIRAR LA AGENDA							
	PLANCHAR							
	PASEO 30'							
	LIMPIAR							
MEDIODÍA	RECOGER LA COCINA							
	COMER UN POCO MÁS DESPACIO							
	DEJAR BOLSO EN PERCHA							
TARDE	MIRAR Y RELLENAR AGENDA							
	HACER EJERCICIOS							
	ESCRIBIR EL DIARIO							
	LEER LIBRO 20'							
TOTAL								

Tabla 5.2. Cuadro organizador de actividades para una persona que tiene dificultades de apatía

3. Facilitadores

La implicación de la familia y la psicoeducación en lo referente al DCA ayuda a mitigar los efectos de esta secuela, ya que los miembros de la familia saben a qué atenerse y cómo responder o facilitar acciones a la persona afectada y a la vez, a la persona afectada le resulta más sencillo y menos frustrante enfrentarse a las tareas cotidianas.

Es importante saber, sobre todo para la salud emocional de los familiares, que los pacientes que muestran apatía lo hacen de forma involuntaria, este comportamiento se deriva de la lesión cerebral y no lo pueden evitar. No pasa nada si un día no se logra que salga o que haga algo que se pretendía, no va a depender sólo de los familiares que realice mayor número de actividades.

4. Apoyos

Intervención psicofarmacológica, especialmente en una primera fase para apoyar la intervención y favorecer la mejor implicación del usuario en el proceso de rehabilitación.

Intervención neuropsicológica dirigida al fortalecimiento de las funciones ejecutivas, especialmente la planificación, organización y toma de decisiones.



Grupo de apoyo para personas que presentan apatía.

Programas de psicoeducación dirigidos al dominio de las técnicas de comunicación motivadora y manejo de contingencias.

En los casos que sea necesario, debemos derivar a la familia a los servicios de salud mental, así como a los distintos movimientos asociativos de la comunidad para que reciban apoyo emocional o psicofarmacológico que les ayude a manejar el dolor y sufrimiento que pueden provocar los bruscos cambios ocurridos en su vida.

5.6. BAJO ESTADO DE ÁNIMO

Aproximadamente el 40% de las personas que han sufrido un TCE sufren algún tipo de trastorno del estado de ánimo y la prevalencia en personas que han sufrido un ACV está entre el 50 y el 70% (Seels, 2003; Kreutzer, 2001). Sin embargo, la rehabilitación del daño cerebral se ha centrado prioritariamente en la rehabilitación de las secuelas físicas y cognitivas y las alteraciones emocionales han quedado relegadas a un plano secundario de la rehabilitación (Williams, 2003). Sin embargo, estas alteraciones del estado de ánimo (depresión, manía, labilidad emocional o euforia) suelen ser, tanto o más discapacitantes que aquellas del espectro físico y cognitivo. Diversos autores (revisado en Hibbard, 2004) coinciden en que las alteraciones del estado de ánimo, aunadas a las limitaciones cognitivas y/o físicas, son las responsables de muchos de los comportamientos disruptivos que pueden manifestar los pacientes con daño cerebral.

Son dos las causas principalmente implicadas en la aparición de un estado depresivo después de una lesión cerebral. En primer lugar, los factores neurofisiológicos (revisado en Ricardo J. y Starkstein S. 2005) tales como la alteración en los circuitos serotoninérgicos y dopaminérgicos puede desencadenar la aparición de sintomatología depresiva en todo tipo de pacientes que han sufrido un DCA, aunque la prevalencia de estas alteraciones es más frecuente en aquellos que han sufrido lesiones profundas y en general, los que han sufrido un accidente vascular en la región de la arteria cerebral anterior y media, que irrigan áreas de la encéfalo estrechamente ligadas a estos circuitos. En segundo lugar, el estado de ánimo puede aparecer como consecuencia de un proceso natural de adaptación a la discapacidad, a los propios cambios vitales a los que se enfrenta la persona y que tan frecuentemente se ven asociados a la lesión cerebral (incapacitación, certificación de la minusvalía, cambio de rol familiar, reducción de las relaciones sociales, adaptaciones en los hábitos de vida o en el domicilio). En muchos otros casos, está fuertemente ligada a la toma de consciencia del propio



estado, es decir, al impacto que tiene la instauración del DCA y sus consecuencias para la vida de una persona. La teoría de la discrepancia (Cantor, 2005) establece que la probabilidad de que la persona presente un estado de ánimo depresivo es directamente proporcional al grado de discrepancia entre la percepción de su capacidad funcional antes de la lesión y su estado funcional después de la lesión.

Sea cual sea su patología, la persona que presenta un trastorno del estado de ánimo podrá sentirse desvalorizada e incapaz de cumplir con sus tareas o trabajos anteriores, ya sea en el plano familiar u otro, se retrae de sus actividades sociales y puede llegar al suicidio. Se suele manifestar como un estado de ánimo triste, depresivo, acompañado muchas veces de sentimientos de vacío, irritabilidad constante, disminución del interés o apatía por casi todas las actividades de la vida diaria, pérdida o aumento acusado de peso, pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, sensaciones de inquietud o de enlentecimiento, fatiga, sentimientos de inutilidad o de culpa, disminución de la capacidad de concentración, indecisión y pensamientos recurrentes de muerte.

0. Necesidad de intervención

Los trastornos del estado de ánimo repercuten de manera negativa en los aspectos más importantes de la vida de la persona con daño cerebral. El paciente con bajo estado de ánimo tiene una menor implicación en su rehabilitación y la repercusión en su capacidad de aprendizaje ralentiza significativamente todo el proceso de rehabilitación (Junqué, 1998; Muñoz Céspedes y Tirapu, 2001).

Así mismo, la propia alteración en el estado de ánimo supone por si misma el factor más importante en la reducción de calidad de vida en las personas con daño cerebral y puede llevar incluso al suicidio (Williams, 2003; Kreutzer, 2001, Seel, 2003). Más aún, la repercusión de un bajo estado de ánimo en la familia puede ser devastadora. Finalmente, y teniendo en cuenta la enorme prevalencia de estos trastornos del estado de ánimo en las personas que han sufrido DCA y su importante repercusión en la aparición de otras alteraciones conductuales, parece interesante reflexionar sobre el énfasis que se da en la rehabilitación a tratamiento de estas alteraciones y la importancia de su adecuado manejo en la intervención de otros problemas conductuales.

Sin embargo, antes de implementar cualquier programa de modificación de conducta debemos preguntarnos si es necesario intervenir; muchas alteraciones emocionales y por qué no conductuales, también suelen ser más disruptivas para el familiar que para el mismo paciente, y en el caso de las alteraciones del estado de ánimo pueden reflejar un proceso de duelo que facilite la adaptación a la nueva situación. No obstante, da la importante repercusión en la rehabilitación, calidad de vida del paciente



y su familia es sensato prestar especial atención a estas alteraciones para, al menos, intentar paliar los efectos secundarios no deseados.

I. Evaluación y detección del problema

La solapación entre los síntomas cognitivos y físicos propios de la lesión, combinada con la variabilidad en la expresión sintomática, junto con la dificultad que supone discernir hasta qué punto los síntomas depresivos son manifestaciones de una alteración neurofisiológica o un trastorno adaptativo, hacen que su evaluación y diagnóstico supongan un desafío como una tarea necesaria a la hora de implementar la intervención más adecuada para atajar el problema. En muchos casos ambos factores (neurofisiológicos y psicológicos) se combinan por lo que, lo más frecuente sea realizar una intervención que combine psicofarmacología, psicoterapia y modificación de conducta (Alderfer, Arciniegas y Silver 2005; Babin, 2003).

Entrevista paciente/familiar:

En el caso del bajo estado de ánimo siempre debemos escuchar tanto al paciente como a los familiares, sus respuestas son nuestros mejores aliados a la hora de tratar un problema. Así mismo, es importante que durante la primera entrevista realicemos una correcta anamnesis del paciente, la información sobre su desarrollo e historia personal y familiar es indispensable, en cuanto a su problemática actual, es necesario que ésta quede objetivada en las debidas escalas estandarizadas con las que contamos, como son:

- Inventario de depresión de Beck (Beck et al., 1961)
- Escala de Hamilton para la valoración de la depresión (1960)
- Escala de Depresión de Yesavage

Otro método usado para la valoración de las alteraciones del estado de ánimo debidos a estados depresivos y con miras a establecer un programa de modificación de conducta, es utilizar tablas de registro de conducta, como manera de poder estandarizar la ocurrencia, intensidad y frecuencia de las mismas.

Análisis Funcional

Es de vital importancia, durante las entrevistas y diferentes encuentros que tengamos con los familiares, enfatizar en los siguientes tópicos, que por su naturaleza y relación con el tema nos ayudarán a comprender de mejor manera la problemática, así como, nos dará pautas de actuación para el afrontamiento de la misma. Las alteraciones del estado de ánimo pueden estar motivadas por un sin fin de aspectos personales y



contextuales y, en muchos casos, al ser considerados como aspectos íntimos de la persona, su exploración puede ser más compleja, si cabe, que en otros supuestos.

VARIABLES DEL PACIENTE: es importante ante todo, valorar las expectativas del paciente, qué cree sobre su situación actual y a dónde quiere llegar, qué tan consciente es sobre su realidad, entiende cuál es el origen de su depresión, entiende el alcance de su DCA en la conducta y estado emocional. De ser este el caso, es importante valorar la necesidad de realizar intervenciones psicoeducativas con el paciente y si este estará en capacidad de asimilar o entender su situación. También es importante tener en cuenta sus déficit cognitivos, ya que una persona con una grave alteración de memoria, de orientación, funciones ejecutivas, etc., difícilmente será consciente de su problemática y por lo tanto, la intervención se hará más engorrosa. Es necesario, así mismo, tener en cuenta los cambios que ha sufrido el paciente, principalmente en lo que respecta a las AVD, estos cambios tan bruscos (cambios de los roles familiares, pérdida de la independencia, necesidad de una tercera persona para cualquier actividad, constante monitorización de sus movimientos) hacen que la persona se sienta agobiada y francamente deprimida por el duelo que implica la pérdida de su autonomía. Así mismo, debemos tomar en cuenta, la personalidad premórbida y los modos de afrontamiento con los que cuenta una persona en particular, no será lo mismo trabajar la depresión con un sujeto que tiene tendencia a la misma, que con un sujeto que suele afrontar las dificultades con otros recursos, por ejemplo, actitud más proactiva y resolutiva. El conocimiento de cómo se manejaba antes del DCA nos arrojará una luz sobre su capacidad de manejar la situación, así como sobre nuestra manera de intervenir. Para finalizar, y no por ello menos importante, debemos estar al corriente de la terapia farmacológica a la que está sometido el paciente (intervención farmacológica post TCE) ya que muchos de estos fármacos pudieran mermar el ánimo del paciente.

VARIABLES DE LOS FAMILIARES: Al igual que debemos considerar las expectativas que el paciente tiene sobre su mejoría, también debemos tomar en cuenta las expectativas de la familia, que tan conscientes son de la situación real del familiar y de su mejoría, así mismo, hay que valorar la actitud que asumen ante la situación que se les presenta, buscan soluciones, son positivos ante los avances y logros o por el contrario optan por tener una actitud negativa y desvalorizante ante los logros y avances. Hay que observar también, la actitud que asumen ante los cambios de roles, ya que en muchos casos el paciente era la cabeza de familia y ahora debe ser la esposa, el padre o tal vez un hijo quien tome las riendas de la misma, para muchos esto representa una responsabilidad muy engorrosa y que muchas veces no están dispuestos a asumir, lo que interfiere significativamente en la intervención.



Variables del Entorno Social: Debemos prestar especial atención a la posición social/situacional que tenía esta persona antes de tener un DCA, muchas personas solían ser muy activas socialmente (salidas con amigos, viajes, etc.); cuando se instaura el DCA estas actividades se ven mermadas, cuando no eliminadas de la vida de la persona, lo que conlleva que la persona se siente aislada y lo que seguramente contribuye a su estado depresivo.

Variables Físicas: Muchas veces cuando una persona sufre un DCA, presenta alteraciones físicas (hemiplejía, alteraciones de la marcha, etc.) y para el total de los casos las barreras arquitectónicas que encuentran, tanto en casa como en la calle, representan una importante limitación a su autonomía, requiriendo constantemente de una tercera persona para movilizarse o realizar vida normal, estas situaciones suman malestar al estado de ánimo depresivo y por tanto, es importante prestar especial atención a las mismas.

2. Programa de intervención

Establecimiento de Objetivos Prioritarios

Cualquier sea el caso, es condición necesaria, delimitar de manera objetiva el objetivo a tratar, la conducta a trabajar, así como el entorno, situación y frecuencia con que se presenta. Por ejemplo, en el caso del bajo estado de ánimo, lo más natural es que se busque aumentar una conducta, como puede ser: que participe más en una actividad en grupo, pero también podemos orientar los esfuerzos a disminuir una conducta, como puede ser: que pase menos horas en el sofá, sea cual sea la conducta que queremos trabajar, si está delimitada y bien identificada, con un adecuado programa de intervención se hace más fácil el trabajo.

Establecimiento de programa de intervención

Psicoterapia: La psicoterapia individual puede ayudar al proceso de modificación de la conducta siempre y cuando el paciente esté en condiciones de recibirla. Hay pacientes que por la naturaleza de su lesión no poseen la capacidad de insight necesaria o ni siquiera existe consciencia de enfermedad como para poder hacer uso de esta herramienta, en este caso, una opción muy viable es proponerle al paciente asistir a grupos de apoyo, ya que de esta manera el grupo suele funcionar, no sólo como un espejo de la realidad, sino como un reforzador y un motivador de la conducta (Alderfer, 2005; Ansford y Ponsford, 2006; Finstein y Anderson, 2000). También sería de gran utilidad, de cara a los familiares, que éstos acudan a sesiones de psicoeducación, la implicación de la familia y su comprensión integral de la situación es fundamental en el proceso rehabilitador.



Rehabilitación cognitiva: Cualquier trabajo en la modificación de conducta, se puede complementar de otros apoyos, como son: talleres de habilidades sociales, talleres de rehabilitación cognitiva o estimulación cognitiva, talleres de flexibilidad mental (trabajo de alteraciones disejecutivas), etc.

Estrategias de modificación de conducta: En apartados anteriores se mencionó las diferentes técnicas de modificación de conducta (economía de fichas, extinción, refuerzo diferencial, tiempo fuera, coste de respuesta, etc.) por lo que sólo haremos hincapié en aquellas que pueden ayudar en el caso del bajo estado de ánimo. Tanto en el bajo estado de ánimo como en la apatía, es necesario hacer uso constante de la técnica del **refuerzo positivo**, esto implicaría reforzar ante cualquier conducta que se acerque a la conducta deseada. En el caso del bajo estado de ánimo, este refuerzo podría aplicarse en respuesta a conductas de participación en actividades, expresión de actitudes positivas y muestras de buen estado de ánimo, tales como una sonrisa o una caricia. El tipo de refuerzo que mejor puede funcionar en estos casos es el refuerzo social, lo que no impide que los programas de **economía de fichas** generalmente más basados en los refuerzos materiales también tengan su efecto positivo, sobre todo en el aumento de la actividad de la persona (revisado en Bradury, 2008; Williams, 2003 y Ownsworth, 1998).

En los casos en los que el análisis funcional revele que el bajo estado de ánimo es respondido por atenciones extraordinarias por parte de compañeros o la propia familia (una situación bastante común) puede ser interesante ensayar un programa de extinción combinado con un programa de refuerzo diferencial, para favorecer que la persona desarrolle estrategias más adaptativas para obtener atención.

En todos estos supuestos es muy importante instruir y entrenar a los familiares y terapeutas para: (1) identificar conductas adaptativas (2) desarrollar habilidades que permitan reforzar adecuadamente las conductas adaptativas y (3) inhibir respuestas que refuercen conductas desadaptativas.

3. Facilitadores

En este apartado nos referiremos a todos aquellos recursos a los que el sujeto y en este caso el terapeuta, puede echar mano a la hora de trabajar con una persona con bajo estado de ánimo. En el caso de la implementación de un programa de modificación de conducta es condición necesaria poder contar con el apoyo e intervención de la familia, así como del resto del equipo terapéutico, así sea para la técnica del refuerzo positivo, como para el sistema de economía de fichas; en el primer caso, necesitaremos una total implicación de la familia, ya que es necesario que entiendan la importancia



del refuerzo positivo para el aumento de la conducta y más aún, la importancia del refuerzo positivo en conductas que por pequeñas que sean se asemejen o se acerquen a aquella que deseamos aumentar.

La misma implicación necesitaremos si por el contrario instauramos un programa de economía de fichas para aumentar alguna conducta que sucede indistintamente en casa como en la asociación, es importante que sea cual sea el programa de refuerzo implementado, éste sea constante y coherente, es decir, se deben respetar las pautas del programa siempre que se presente la conducta, dependiendo si buscamos aumentar o disminuir la misma. Para esto, es necesario que la familia pase por un proceso psicoeducativo, donde se le explique la importancia y funcionamiento del programa de modificación de conducta.

4. Apoyos

Intervención farmacológica, en los casos indicados que de alguna u otra manera nos proporcione una base de actuación (Alderfer, 2005).

Otro apoyo que debe ser considerado para acompañar el tratamiento, es la psicoterapia, que como también mencionamos anteriormente estará supeditado a la capacidad de insight y comprensión/abstracción que aún mantenga la persona con DCA.

Un grupo de apoyo mutuo, que como explicamos anteriormente servirá de grupo de soporte y refuerzo en el proceso rehabilitador.

En los casos que sea necesario debemos derivar a la familia a los servicios de salud mental, así como a los distintos movimientos asociativos de la comunidad para que reciban apoyo emocional o psicofarmacológico que les ayude a manejar el dolor y sufrimiento que pueden provocar los bruscos cambios ocurridos en su vida.

Programas de psicoeducación para la familia dirigidos al dominio de las técnicas de comunicación efectivas, y manejo de contingencias, enfocado a controlar y reducir los beneficios secundarios del estado de ánimo depresivo.



PARTE VI

**FAVORECER LA IMPLICACIÓN
DE LA PERSONA CON DCA EN
LA REHABILITACIÓN INTEGRAL**



Recientes estudios han puesto de manifiesto que existe una variable común al tratamiento de muchas condiciones de salud, que condiciona de manera notable los resultados de la intervención y que, no obstante, ha sido ignorado en la mayoría de planteamientos terapéuticos hasta principios de este siglo. Esta variable es la motivación.

En el caso de la rehabilitación del daño cerebral, la atención a la motivación tiene un peso mayor si cabe que en otro tipo de condiciones de salud, ya que los problemas de conciencia de las dificultades, de iniciación y mantenimiento de la conducta y la impulsividad se encuentran dentro de los síntomas más frecuentemente encontrados entre las personas que han sufrido un DCA. Todos estos problemas dificultan la motivación del paciente para comprender y desarrollar de manera continuada su papel como agente activo en la rehabilitación.

6.1. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

6.1.1. Introducción

La entrevista motivacional (EM) es una técnica descrita inicialmente por Miller (1983) y que tiene como objetivo conseguir en el paciente deseo y compromiso en el proceso terapéutico que le permitirá mejorar su estado de salud. Esta técnica ha demostrado resultar particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio.

La EM ha aplicado algunas de las técnicas de la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1951) para intentar resolver el problema de la motivación ante el cambio descrita Porchaska y DiClemente (1982) en el contexto de la salud. De esta manera la escucha activa, la empatía y la aceptación incondicional se convierten en actitudes básicas del terapeuta, sólo a través de las cuales se pueden aplicar las técnicas de la EM para que ésta funcione.

En este enfoque, el terapeuta no asume un rol autoritario. Se cambia el mensaje de que *“yo soy un experto y voy a decirle qué es lo que usted necesita para que le funcione su vida”*, por *“si usted quiere que su vida vaya mejor, hay una serie de cosas que puede hacer. Requerirá que adopte nuevos hábitos y que se comprometa con diferentes aspectos de la intervención, pero si usted está decidido a dar el paso yo le puedo ayudar”*. De esta manera la responsabilidad para el cambio se deja en manos del individuo y el médico o terapeuta se convierte en un aliado del paciente, que puede ayudarle con sus conocimientos y experiencia, pero que no va a asumir la responsabilidad del cambio.



Aunque en el caso concreto del DCA la EM no ha sido estudiada con rigurosidad científica, sí ha sido ensayada en distintos contextos de rehabilitación y los resultados obtenidos, junto con su contundente eficacia en el tratamiento de otras condiciones de salud (revisado en Arkowitz y Miller, 2008) y problemas emocionales y conductuales (véanse como algunos ejemplos, Westra, 2006; Miller, 2001; Miller, 1993) indican que puede ser una poderosa herramienta en la intervención en problemas conductuales.

Antes de detenernos en las técnicas específicas de la EM debemos entender el proceso de cambio en las personas.

6.1.2. El proceso de cambio

James Prochaska y Carlo DiClemente (1982), describen una serie de etapas por las que pasa una persona en el proceso de cambio de un problema (estas etapas son aplicables tanto al cambio que uno realiza por sí mismo como al cambio ayudado por un terapeuta).

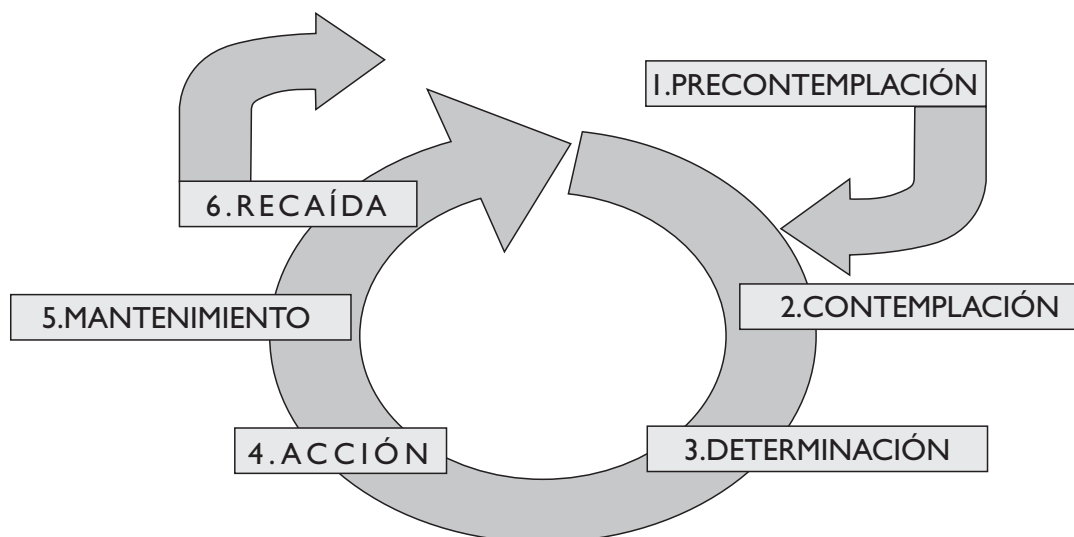


Figura 6.1. Rueda de 5 partes con una sexta etapa (precontemplación), que se sitúa fuera de la rueda.

El hecho de que el diagrama de cambio esté representado por un círculo refleja la realidad de que en cualquier proceso de cambio, la persona gira alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio estable. Por tanto, la recaída es considerada como un acontecimiento normal o un estado más del cambio.

Este modelo establece que, dependiendo del momento del proceso de cambio en que el paciente se encuentre, la intervención del terapeuta se debe caracterizar por desplegar distintas actitudes y técnicas de intervención para favorecer la motivación del cliente ante el cambio.

Etapas del cambio y tareas del terapeuta

Etapas de la persona en situación de cambio	Actitudes del terapeuta que favorecen la motivación de cambio
<i>Precontemplación</i>	Aumentar la duda –aumento de la percepción que tiene la persona con DCA de los riesgos y problemas de su conducta actual-
<i>Contemplación</i>	Evocar las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumentar la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.
<i>Determinación</i>	Ayudar a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.
<i>Acción Mantenimiento</i>	Ayudar a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída
<i>Recaída</i>	Ayudar a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída

Dentro de este proceso de cambio la EM se centra alrededor del manejo de la ambivalencia durante el tratamiento. La ambivalencia que, como hemos visto es un proceso totalmente natural en todo cambio, no es totalmente racional y en ella están presentes valores, expectativas, condicionantes sociales, emociones tales como el miedo a la pérdida de control o la baja autoestima. Cuando nos enfrentamos a la ambivalencia motivacional, es especialmente importante prestar especial atención a los sentimientos, valores y creencias de la persona ya que sin atención a estas variables no podremos comprender en su globalidad la resistencia al cambio, que es la llave del cambio motivacional.

6.1.3. Principios generales de la EM

Miller y Rollnick (2002) describieron cuatro principios básicos de la EM. Representan las actitudes y procesos básicos que junto con estrategias clínicas específicas derivadas de estos principios representan los pilares básicos de la EM.



1. - Expresar empatía.

El terapeuta, a través de una actitud de escucha activa y de aceptación incondicional (sin juicios o críticas) en la que se acepta la ambivalencia, valores y actitudes del paciente, permite que éste se exprese con libertad y favorece la creación de la alianza terapéutica.

2. - Crear una discrepancia.

La motivación surge de la discrepancia entre los deseos/valores de la persona y su conducta actual. Incrementar la conciencia sobre esta discrepancia puede favorecer la motivación para el cambio. En cada persona aparecerán razones para el cambio tan idiosincrásicas como los valores que los fundamentan (poder estar con sus hijos, no defraudar a sus padres, disfrutar de una buena calidad de vida, etc.)

3.- Rodar con la resistencia

La resistencia debe ser contemplada como un aspecto normal en el proceso de cambio. Para el paciente suele haber muchos motivos que le dificultan el cambio (beneficios secundarios del rol de enfermo, comodidad, miedo). La escucha empática y aceptación incondicional de esta resistencia supone una experiencia profunda para el paciente y le permite superar el proceso de duelo que supone el cambio y ha demostrado reducir la ambivalencia, no aumentarla.

4.- Fomentar la autoeficacia.

En la EM, el terapeuta apoya la autoeficacia del cliente; la creencia de que él o ella puede llevar a cabo las acciones necesarias y tener éxito en el cambio. Este es un factor determinante en la motivación de la conducta, que muchos clientes tienen. En el caso de no tener esta confianza en su capacidad para el cambio, es labor del terapeuta facilitar que el cliente sienta que tiene los recursos, apoyos y ayudas necesarias para conseguir el cambio, dejando a su vez en sus manos la decisión sobre si quiere iniciar el cambio o no.

6.1.4. Técnicas básicas de la EM

Las técnicas que a continuación se describen (revisadas en Arkowitz y Miller, 2008) constituyen estrategias prácticas de intervención que permiten desarrollar los principios básicos de la EM.

Utilizar preguntas abiertas desde el comienzo, de una manera que estimule a que sea la persona con DCA, la que más hable.



Escuchar reflexivamente evitando: ordenar, dirigir, alertar, amenazar, dar consejo, realizar sugerencias, persuadir con lógica, discusión o enseñanza; moralizar, sermonear, decir a las personas lo que “deberían” hacer, estar en desacuerdo, juzgar, criticar o culpabilizar, estar de acuerdo, aprobar o rogar, culpabilizar, ridiculizar o etiquetar, interpretar, analizar, reafirmar, simpatizar o consolar, cuestionar o poner a prueba, retirarse, distraerse, hacer bromas o cambiar de tema.

Afirmar y apoyar a la persona durante el proceso terapéutico, en forma de comentarios positivos de aprecio y comprensión.

Evitar la discusión, ya que las discusiones son contraproducentes y fortalecen las resistencias.

Resumir permite a la persona confirmar que se ha escuchado con atención y la preparar para seguir progresando. Así mismo, un resumen permite que examine de forma simultánea los aspectos positivos y los negativos, reconociendo que ambos están presentes.

Provocar afirmaciones automotivadoras, mediante preguntas evocadoras, que analizan las propias percepciones del paciente, ej. “¿Qué cosas le hacen pensar que esto sea un problema?”. Las afirmaciones automotivadoras se pueden desglosar en cuatro categorías generales: Reconocimiento del problema; expresión de preocupación por los problemas que se distinguen; intención de cambiar directa o implícita.; optimismo sobre el cambio.

El balance decisonal, consiste en favorecer que la persona comente los aspectos positivos y negativos de su conducta actual.

Elaboración: Ayuda a potenciar el tema y a que aparezcan afirmaciones automotivadoras. Se puede pedir a la persona que comente ejemplos específicos, y que aclare por qué cada uno de estos ejemplos le representan un problema.

Utilizar los extremos permitiendo que el cliente describa las consecuencias más negativas y positivas que imagina.

Mirar hacia delante ayudando a las personas a que imaginen un cambio futuro. Esto ayudará al cliente a realizar afirmaciones automotivadoras.

Analizar los objetivos para descubrir maneras en las que la conducta-problema es incoherente o actúa en contra de los valores u objetivos más importantes del paciente.



Favorecer la percepción paradójica, que ocurre cuando el cliente percibe la actitud neutral del terapeuta ante su problema, provocando así comentarios de reconocimiento del problema, expresión de preocupación, intención de cambiar y optimismo. Esta intervención es arriesgada y requiere una habilidad considerable, por lo que se recomienda que se utilice cuando otras estrategias se hayan aplicado sin éxito.

Programar contactos de seguimiento es una estrategia adicional, que aumenta de forma significativa la probabilidad de que un paciente acuda de nuevo a fin de continuar el tratamiento.

6.2. TÉCNICAS MOTIVADORAS

6.2.1. Introducción

Desde un punto de vista pragmático “la motivación” se definiría como *la probabilidad de que una persona inicie, continúe, y se comprometa con una estrategia específica para cambiar*. En el proceso de rehabilitación de la persona con DCA aparecen muchos factores que dificultan la su óptima participación en el programa de rehabilitación. Las personas con alteraciones conductuales son especialmente sensibles a estos factores y por lo tanto, debemos prestar una especial atención a las técnicas que favorecen la máxima motivación e implicación de la persona en su programa de rehabilitación.

6.2.2. Técnicas dirigidas a favorecer la implicación general de la persona en el proceso de rehabilitación

Sin lugar a dudas la entrevista motivacional supone una estrategia inestimable en la implicación y motivación de la persona en su rehabilitación. Sin embargo, existen otras técnicas más sutiles que favorecen esta motivación.

Mantener actitudes constantes de **empatía, aceptación incondicional y escucha activa**, no sólo durante la entrevista motivacional, sino durante todo el proceso, ya que van a permitir establecer el vínculo terapéutico, conocer mejor al usuario, que la persona se exprese libremente y se desarrolle libremente aceptando en mayor grado la orientación y ayuda de los terapeutas.

Establecer un “**contrato de rehabilitación**” en el que los objetivos hayan sido consensuados entre la persona con DCA y el equipo de rehabilitación y ambas partes se comprometan a trabajar de manera conjunta para conseguir estos objetivos.



Comunicación directa con el usuario siempre que sea posible. Reduciendo el contacto con la familia para cuestiones sobre las que la persona con daño cerebral puede tomar decisiones favorece el sentimiento de autonomía y la motivación.

Escuchar las opiniones del usuario sobre los resultados, nuevos objetivos y el desarrollo del proceso de rehabilitación favorece la implicación del usuario, su sentimiento de autocompetencia y su motivación.

Ofrecer ayuda activa, significa estar interesado de forma activa y afirmativa por el proceso de cambio de la persona con DCA (ej. realizando una llamada telefónica o enviar una nota escrita a mano).

Ofrecer un feedback. A veces las personas no consiguen cambiar porque no reciben suficiente información sobre su situación actual y sobre sus consecuencias o riesgos, por lo tanto ofrecer un feedback sobre los puntos fuertes y débiles de la participación de la persona en el proceso de rehabilitación, puede reducir el sentimiento de frustración y dirigir la motivación hacia aspectos más eficaces de su participación.

6.2.3. Técnicas dirigidas a reducir obstáculos que desmotiven al sujeto

Identificar y eliminar los obstáculos importantes que existen en los esfuerzos hacia el cambio pueden favorecer que aparezca el sentimiento de autocompetencia, es decir, que la persona se vea capaz de realizar el cambio con éxito.

Los **Factores estructurales** contemplan la adecuación de los espacios, horarios, accesibilidad, señalización de espacios y las personas.

Los **Factores socioeconómicos** recogen aspectos como los recursos económicos, apoyo social, apoyos institucionales.

Los **Factores emocionales** comprenden todo tipo de variables que permiten que una persona obtenga una experiencia positiva en el proceso de rehabilitación, tales como favorecer un sentimiento de pertenencia en el centro de rehabilitación, una adaptación de aspectos culturales o trato cordial por parte del personal.

Los **Factores de confort** incluyen aspectos como confort de las instalaciones, facilidad de transporte, reducción de retrasos en el transporte e inicio de las terapias.



6.2.4. Técnicas dirigidas a favorecer la regulación de la conducta en la rehabilitación

Con frecuencia trabajando en la rehabilitación de personas con DCA, el clínico observa cómo los factores conductuales interfieren de manera activa en muy diversos aspectos de la rehabilitación integral: rehabilitación de la marcha, equilibrio, deglución, habla, funciones cognitivas, o realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La impulsividad o dificultades para regular la conducta suelen ser los problemas que con más frecuencia interfieren en el proceso de rehabilitación, provocando que la persona se distraiga durante el tratamiento, no sea capaz de mantener el esfuerzo por periodos prolongados o se esfuerce al máximo en las tareas.

Existen algunas técnicas básicas, ya comentadas en otros apartados de este cuaderno, que pueden reducir la interferencia de estos déficit en cualquier aspecto de la rehabilitación. Entre ellas destacan la utilización de reforzadores, el tiempo fuera, o las técnicas basadas en la toma de conciencia de la conducta. De todas ellas los registros conductuales constituye una estrategia muy recomendable para favorecer la implicación y colaboración en las actividades de rehabilitación en personas que tienen una capacidad cognitiva media – alta, ya que su diseño e implantación es mucho más sencilla que la de otras técnicas de modificación de conducta, pero sobre todo porque favorece la autorregulación de la conducta y motiva visualmente al usuario.

Nombre del usuario	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES
10.30 – 11.00	Informática	Informática	Informática	Informática
11-11.30	Informática	Informática	Informática	Informática
11.30- 12	Informática	Informática	Informática	Informática
12 – 12.30	Jardinería	Jardinería	Jardinería	Jardinería
12.30-13.00	Jardinería	Jardinería	Jardinería	Jardinería
13-00-14.30	Jardinería	Jardinería	Jardinería	Jardinería
Informática	Observaciones Profesor de Informática: +++ = Óptimo ++ = Suficiente + = Bajo			
- Esfuerzo	++	++	+	+++
- Concentración	+	+	++	++
- Resistencia fatiga	++	+	+	+
Jardinería	Observaciones Profesor de Informática: +++ = Óptimo ++ = Suficiente + = Bajo			
- Esfuerzo	+++	++	+++	+++
- Concentración	++	+++	++	++
- Resistencia fatiga	+++	++	++	+++

Figura 6.2. Ejemplo de registro conductual para favorecer la implicación de una persona con dificultades de concentración y fatiga



PARTE VII

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL MANEJO Y REHABILITACIÓN DE ALTERACIONES CONDUCTUALES

Los familiares de las personas que sufren DCA están expuestos a una serie de situaciones estresantes durante un periodo prolongado. Algunas de estas situaciones son la desestructuración familiar, el aislamiento social, las carencias económicas por los tratamientos y el agotamiento físico. Pero sin lugar a dudas, uno de los mayores estresores de los familiares de personas con DCA es la presencia de alteraciones conductuales (Laroi, 2003).

La aparición de la desestructuración familiar, cambio de roles y desajuste emocional, que forman parte del proceso natural de adaptación a la nueva situación supone, a su vez, un desencadenante para la aparición de las alteraciones conductuales. Neuropsicólogos/as y psicólogos/as clínicos tienen en su mano una serie de herramientas (Tyerman, 2001; Gleckman, 1995) que pueden utilizar para evitar que se establezcan dinámicas desadaptativas y el proceso de duelo se realice de la mejor manera posible, reduciendo a su vez la aparición y mantenimiento de alteraciones conductuales. Por lo tanto, es muy importante cuando se detecten alteraciones conductuales en el hogar prestar, no sólo atención a estas alteraciones y su manejo, sino a la situación global de todos los miembros de la familia, para así poder programar un abordaje global de la familia que debe ser parte integral de todo tratamiento rehabilitador del DCA (García-Álvarez, 2006), pero que además favorecerá la consecución de metas específicas en el ámbito de las alteraciones conductuales.

7.1. ENTRENAMIENTO BÁSICO DE FAMILIARES

El papel de la familia en el proceso de rehabilitación de la persona con daño cerebral es fundamental. La familia es el círculo que acogerá a la persona afectada en primer lugar tras el alta hospitalaria y que estará más tiempo con el paciente (Bilbao, 2004). Por este motivo principal, se considera de vital importancia para la persona afectada por DCA, que su familia esté en posesión de toda la información necesaria para una correcta actuación, teniendo en cuenta que la persona presentará determinadas conductas novedosas para la familia, las cuales pueden desestructurar ese núcleo familiar. Por todo esto, los familiares deberían ser entrenados para el conocimiento de las diferentes conductas, tanto adaptativas como desadaptativas, que aparecen en la persona con daño cerebral tras la lesión, para que comprendan de esa manera las diferentes técnicas de modificación de conducta que los profesionales pueden utilizar con su familiar.

El entrenamiento debe consistir principalmente en determinadas sesiones, en primer lugar de manera grupal, sobre todo cuando se maneje información más general. Las sesiones individuales se realizarían para tratar problemas de conducta concretos que presenta el familiar afectado.



Deteniéndonos en las sesiones grupales, los aspectos que se deben desglosar y tratar detenidamente con los asistentes serían los siguientes:

En primer lugar, la familia acude con escasa información de lo que es el DCA. Vienen perdidos y con mucha ansiedad por lo que la manera de difundir la información debe ser mediante un lenguaje coloquial y con una actitud empática. La primera información, por tanto, debe ser lo que es el daño cerebral adquirido y las diferentes causas que lo provocan, qué significa rehabilitación multidisciplinar y qué profesionales se ocupan de esa rehabilitación.

Seguidamente, la información que la familia debe recibir en estas sesiones grupales es el desglose de lo que es una alteración conductual en un paciente con DCA, cuáles son los diferentes problemas de conducta que pueden aparecer dependiendo del tipo de daño del que se trate. También se debe especificar las posibles causas de que aparezcan esas alteraciones, además de los aspectos que pueden condicionar esa aparición. Delimitar qué tipo de contexto favorecen esas alteraciones y qué actitudes son las que las facilitan o mantienen.

Finalmente, una vez que conocen los diferentes tipos de problemas de conducta, abarcaría el conocimiento básico del significado de modificación de conducta, es decir, conocimiento de lo que es un refuerzo, tanto positivo como negativo, las diferentes técnicas de modificación y en qué conductas se puede utilizar cada una. Se entrenaría a las familias para una correcta actuación, informándole de qué es sobreprotección y sus consecuencias en el mantenimiento de muchas conductas. Informar que muchas personas que sufren daño cerebral adquirido sienten que han perdido su rol en la familia, por lo que esto puede desencadenar también alteraciones en su conducta.

7.2. PROGRAMAS DE REFUERZO Y GENERALIZACIÓN EN EL HOGAR

Las estrategias de intervención para reducir la incidencia de problemas conductuales, incluyen programas de intervención cognitiva, psicoterapia individual y grupal, grupos de habilidades sociales, psicofarmacología y técnicas de modificación de conducta. Sin embargo, y como ya hemos visto en anteriores capítulos, la familia siempre se hace presente dentro de la intervención para alteraciones conductuales. La razón para que esta colaboración de la familia sea de vital importancia en la intervención en los problemas conductuales es doble, ya que:

Los problemas conductuales son específicos al contexto. Es decir, que los reforzadores y circunstancias de cada contexto (familia, centro de rehabilitación, escuela), pueden

favorecer que aparezcan o mantengan conductas desadaptativas y adaptativas en un contexto y no en otro. Por lo tanto, la propia naturaleza de las alteraciones conductuales hace necesario que la intervención deba ser específica al contexto.

Las dificultades de aprendizaje y memoria que se suelen dar en la mayoría de las personas con DCA hacen que la generalización de aprendizajes a otros entornos sea más difícil que en otras poblaciones, por lo que el entrenamiento en el hogar es imprescindible para la generalización.

Si bien la familia debe, en la medida de lo posible, alejarse del papel de terapeuta, estas circunstancias hacen que el tratamiento de las alteraciones conductuales no pueda darse sin la información, apoyo y colaboración de la familia. Los programas deben ser planificados, diseñados y evaluados por el terapeuta, pero la intervención dentro del contexto familiar debe ser, al menos en parte, realizada por las personas que interaccionan de una manera más directa y significativa (Vigotsky, 1978) con el DCA a diario, ya que sólo en su mano está modificar la manera de interactuar, relacionarse y reforzar a la persona con alteración conductual en el contexto del hogar. Este componente de la rehabilitación no es requisito exclusivo de la intervención conductual, sino que es común a muchos aspectos de la rehabilitación neuropsicológica y física en el daño cerebral (Gordon, 1987, Glisky, 2002).

En el apartado anterior se ha puesto de manifiesto la importancia del entrenamiento de familiares, que para apoyar los programas conductuales debe incluir:

Análisis conjunto de conducta en el hogar. En este apartado es básico dejar clara la importancia del análisis funcional, ya que es imprescindible la recogida de datos en registro realizada por la familia, para dar información de lo que sucede en casa de la persona afectada. Por otra parte, cuando se ha recogido toda la información acerca de conductas, desencadenantes, refuerzos, etc. y se han elaborado las hipótesis, el psicólogo/a puede dar una explicación más detallada de por qué la persona afectada se comporta de una manera determinada y qué estrategias se pueden poner en marcha para modificar los comportamientos inadecuados y reforzar y aumentar los adecuados.

Establecimiento de objetivos. Una vez realizado el análisis en el hogar se deben establecer cuáles son las conductas diana y la temporalización de las modificaciones, es decir, establecer los objetivos. Se deberá tener en cuenta la dificultad, ocurrencia, importancia, etc., para establecer el orden de objetivos a modificar.

Intervención conjunta psicólogo/a-familia. Para la generalización de la intervención psicológica es fundamental que la familia siga pautas iguales o similares a las que se



llevan a cabo en el centro de rehabilitación. Para ello, es necesario en primer lugar, una intervención dirigida a explorar y cambiar, si fuera necesario actitudes de la familia respecto al problema y la persona con DCA (eliminar la sobreprotección, falsas expectativas o actitud negativa hacia la recuperación, etc). El segundo paso será realizar un entrenamiento en técnicas de comunicación (asertividad, escucha activa, hablar de los temas de uno en uno, etc.), entrenamiento en utilización de registros conductuales, introducción de técnicas de extinción y entrenamiento de desencadenantes (cómo eliminar una conducta desadaptativa y cómo provocar el que aparezca una adaptativa, para ir disminuyendo unas y aumentando las otras), establecimiento de reforzadores sociales y materiales en función de las necesidades y características de la persona afectada por DCA. Una especial importancia tiene el establecimiento y entrenamiento en técnicas para establecer límites, ya que deben incorporarse lo antes posible para que no aparezcan o se instauren conductas inadecuadas.

Revisión de objetivos. A lo largo de todo el tratamiento se irá haciendo una valoración conjunta de la evolución de los objetivos propuestos en un principio, pudiéndose modificar, eliminar o incluir otros nuevos.

Es importante que toda la información aportada y los acuerdos terapéuticos a los que se llegue con la familia estén consensuados y no impuestos, para favorecer una mayor adherencia al tratamiento y colaboración.

Por último, no hay que olvidar que hay situaciones en las que por la gravedad de las alteraciones conductuales, por el déficit cognitivo de la persona afectada por DCA, por la situación social de la familia, pueden fracasar este tipo de intervenciones, por lo que habrá que poner en marcha otras alternativas o recursos.



PARTE VIII

MANEJO PSICOFARMACOLÓGICO DE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES

A pesar de que en este trabajo nos hemos centrado en las intervenciones no farmacológicas de las alteraciones conductuales, no debemos olvidar en ningún momento de la intervención, el poderoso y frecuentemente necesario papel de la psicofarmacología en la rehabilitación de las alteraciones conductuales.

La psicofarmacología ofrece un apoyo a la intervención de la mayoría de alteraciones conductuales; apatía, ansiedad, depresión, labilidad emocional, agitación, irritabilidad, impulsividad conductual y trastornos alimenticios (Glenn, 2002).

El tratamiento psicofarmacológico de las alteraciones neuropsiquiátricas derivadas del DCA tiene una serie de peculiaridades respecto al tratamiento en otras patologías (revisado en Pelegrín, 2006):

- Las alteraciones conductuales deben observarse como un reflejo dimensional de alteraciones cognitivas y emocionales más que como entidades clínicas en sí. De esta manera, las conductas sexualmente inapropiadas, la irritabilidad o la agresividad pueden ser manifestaciones de diversa intensidad de un mismo problema de dificultades de control de los impulsos.
- Las alteraciones conductuales en DCA, con más frecuencia que en otras patologías, puede responder tanto a factores neurofisiológicos, adaptativos, de personalidad premórbida, como a una combinación de todos ellos, complicando el diagnóstico y la elección del tratamiento más adecuado.
- La comorbilidad de otros trastornos neurológicos asociados provoca que la elección de fármacos pueda ser limitada o provocar efectos secundarios que interfieran negativamente en el proceso de rehabilitación.
- Las alteraciones estructurales y funcionales del cerebro en las personas con DCA pueden provocar en algunos casos una mayor sensibilidad y en otros casos una refractariedad a los psicofármacos y sus efectos secundarios.

Un aspecto fundamental de la intervención psicofarmacológica en el DCA es que, para asegurar la mejor intervención posible para el paciente, el psiquiatra debe formar parte del equipo de rehabilitación integral. Esta integración del psiquiatra dentro del equipo de rehabilitación permite que la comunicación entre los profesionales sea fluida, que se puedan valorar aspectos concretos y contextuales de la problemática presentada por el paciente, permitiendo una comprensión más exacta de la naturaleza y severidad del problema, lo que permite a su vez un mayor acierto a la hora de seleccionar el tratamiento a priori más adecuado. Así mismo, no deja en las manos



de neuropsicólogos/as, neurólogos/as y médicos rehabilitadores la valoración de la necesidad de derivación a psiquiatría, sino que la propia experiencia del psiquiatra guiará la detección de la necesidad de intervención psicofarmacológica, evitando derivaciones inoportunas y detectando posibles beneficiarios que de otra manera hubieran pasado desapercibidos. Así mismo, la integración del psiquiatra en el equipo permite que la intervención farmacológica pueda basarse en las necesidades de rehabilitación, así como orientarse a los objetivos de intervención en cada momento del proceso de rehabilitación.

En los contextos de rehabilitación en los que no se cuente con la presencia de un psiquiatra es recomendable, tanto enviar un informe exhaustivo del problema conductual que preocupa al equipo de rehabilitación (características de la lesión, personalidad premórbida, alcance y severidad de la alteración conductual, grado de interferencia con el tratamiento, así como objetivos del propio programa de rehabilitación) como realizar una llamada telefónica antes y después de la interconsulta, para favorecer la comunicación entre psiquiatra y equipo de rehabilitación.

8.1. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A PSIQUIATRÍA

Se debe derivar de manera urgente a un servicio de psiquiatría a la persona con DCA:

- Cuando exista un estado de ánimo depresivo, sentimiento de desesperanza hacia el futuro y el paciente exprese ideas de suicidio con un plan estructurado
- Cuando las alteraciones conductuales no permitan que el paciente se adhiera a algún aspecto del tratamiento (farmacología, rehabilitación, alimentación) de vital importancia para su supervivencia o recuperación.
- Cuando haya antecedentes o evidencia de que las alteraciones conductuales puedan poner en peligro la integridad física de personas cercanas.

Se debe derivar a psiquiatría a la persona que presenta problemas conductuales:

- Cuando el nivel atencional del paciente no permita obtener colaboración
- Cuando el estado emocional del paciente interfiera en su capacidad funcional durante un periodo prolongado (+/- 1 mes).



- Cuando conozcamos que hay evidencia que apoya que el estado emocional o alteración conductual sea grave y pueda responder de manera directa a una alteración orgánica.
- Cuando las alteraciones conductuales no obtienen una mejoría significativa a través de programas de intervención no psicofarmacológica.
- Cuando haya evidencia de que la medicación psiquiátrica del paciente no ha sido revisada recientemente o que el tratamiento farmacológico del paciente esté compuesto por una gran cantidad de fármacos frecuentemente recetados por distintos profesionales.

No es aconsejable derivar a psiquiatría a la persona que presenta problemas conductuales:

- Cuando la alteración conductual dé muestras de ser claramente contextual.
- Cuando la conducta sea disruptiva sólo para una persona.
- Cuando el “cambio de personalidad” sea adaptativo o no interfiera de manera incapacitante en la vida de la persona.



PARTE IX

CONSIDERACIONES FINALES



Las alteraciones conductuales son sin lugar a dudas una de las problemáticas subsecuentes de la lesión cerebral de más difícil manejo e intervención, que provocan una mayor discapacidad y que repercuten más negativamente en la calidad de vida en afectados y familiares.

En esta obra hemos recogido las técnicas y herramientas terapéuticas de las que dispone la totalidad del equipo de rehabilitación para intentar reducir al máximo posible, tanto la aparición de estas conductas, como su incidencia en la vida diaria de la persona con DCA y su familia. Estas herramientas incluyen modificación de conducta, técnicas motivadoras y de comunicación, psicoterapia individual, grupal y familiar, intervención neuropsicológica, psicoeducación y psicofarmacología. Estas herramientas, combinadas de una manera adecuada pueden tener, en muchos casos, un gran impacto en la rehabilitación de la persona con daño cerebral, su adaptación al entorno de rehabilitación y familiar y su calidad de vida.

En otros casos, los resultados no son tan contundentes, pero permiten moderar la frecuencia e intensidad de la aparición de estas manifestaciones conductuales permitiendo alcanzar objetivos terapéuticos funcionales y permitiendo aliviar el tremendo coste emocional que estas alteraciones tienen en la vida social y familiar de la persona con DCA. Es probablemente en estos casos, en los que un trabajo de apoyo y seguimiento e incluso una intervención psicoterapéutica a largo plazo, permitan llevar el éxito de la rehabilitación más allá alcanzando de manera lenta, pero progresiva, nuevos objetivos terapéuticos y una mayor adaptación de la persona a su entorno y un reajuste de la dinámica familiar, que repercutirá en una menor incidencia de estas manifestaciones conductuales y una mejor calidad de vida de la persona y su familia.

Sin embargo, hay circunstancias en las que estas técnicas tienen un impacto escaso o casi nulo en la rehabilitación de la persona con daño cerebral, provocando una frustración que afecta por igual a terapeutas, familiares y pacientes. Estos casos en los que la intervención conductual es poco efectiva constituyen una realidad en todos los centros de rehabilitación y el porcentaje de fracasos puede estar relacionado con los recursos disponibles por los profesionales del centro de rehabilitación, la propia formación de los profesionales, los recursos disponibles en la comunidad, los recursos sociales, económicos y culturales de la familia, la personalidad premórbida de la persona con DCA y las propias actitudes de la persona y familia. En los casos en los que los terapeutas no tengan la suficiente experiencia deberán complementar su formación (por ejemplo, son escasos los neuropsicólogos/as formados en algún tipo de psicoterapia) y profundizar en los campos en los que están más formados. Cuando no se dispongan de los recursos suficientes en el propio centro, se pueden buscar recursos adicionales



a través de servicios de salud, asociaciones profesionales u otros recursos, a la vez que se sigue luchando desde todos los frentes por la adecuada dotación de centros especializados para la rehabilitación de personas con DCA. En aquellos casos en los que las actitudes del afectado/a y la familia sean la principal barrera de la rehabilitación, un trabajo desde los primeros momentos de la rehabilitación pueden reconducir la situación y aumentar la probabilidad del éxito de la intervención. En los casos en los que los recursos sociales y económicos supongan un obstáculo, la labor de los equipos de trabajo social puede ofrecer recursos adicionales aumentando así las posibilidades de éxito. Y finalmente, cuando la personalidad premórbida del sujeto suponga un obstáculo podemos aprovechar el cambio de circunstancias personales en la vida del afectado/a para promover un cambio que permita que se produzca un cambio de actitudes.

A pesar de los apoyos que podamos encontrar, en muchos casos los cambios que se deben producir en la estructura familiar (a nivel actitudinal, cultural, económico o social) son tan profundos que el trabajo del equipo de terapia es insuficiente y se evidencia la necesidad de un trabajo tan costoso y prolongado, que la intervención de los servicios sociales se hace necesaria para ofrecer a la persona afectada un entorno (una residencia o centro de acogida) que garantice su seguridad y sus cuidados básicos y será en ese nuevo entorno donde se puedan alcanzar nuevas metas en la rehabilitación.

A pesar de que en algunos casos la probabilidad de éxito esté muy condicionada a factores que escapan del control del equipo de rehabilitación y que la recuperación total no siempre es posible, no debemos olvidar que las técnicas de intervención son efectivas y que su oportuna aplicación combinada con la perseverancia de terapeutas, familiares y la propia persona con DCA, han favorecido cambios significativos, duraderos y estables en personas y familias que de otra manera seguirían padeciendo el sufrimiento, dolor y estigmatización que en muchos casos supone la intrusión de los trastornos de conducta en su vida. Sin lugar a dudas, estos casos deben ser ejemplo y estímulo que permitan que los profesionales de los equipos de rehabilitación sigan dedicando su esfuerzo, experiencia e implicación para conseguir reducir el devastador impacto de las alteraciones conductuales en las vidas de las personas con DCA y sus familias.



PARTE X

BIBLIOGRAFÍA



Alderfer, B.S; Arciniegas, D.B y Silver, JM. (2005) Treatment of Depression Following Traumatic Brain Injury. *Journal of head trauma rehabilitation*; 20 (6) 544-562.

Alderman N. y Burgess P. (1990). Integrating cognition and behavior: a pragmatic approach to brain injury rehabilitation. En Wood, R. y Fussey, I. *cognitive rehabilitation in perspective*, pp 204-208. Taylor and Francis. (Londres)

Alderman N. y Burgess P. (2001). Comparison of treatment methods for behaviour disorders following herpes simplex encephalitis. *Neuropsychological Rehabilitation*, 4: 31-38.

Alderman N., Knight, C. (1997) The effectiveness of DRL (diferential reinforcement in the management) and treatment of severe behavior disorders following brain injury. *Brain Injury*; 11 (2): 79 – 101

Anson K. y Ponsford J. (2001) Coping and Emotional Adjustment Following Traumatic Brain Injury *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 21, 3, 248–259

Apoyo conductual positivo. Edita: Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. Colección: Manuales de Trabajo en Centros de Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). Manual for ASEBA Adult Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families

Arkowitz, H. y Miller, W. (2008) Learning, Applying, and Extending Motivational Interviewing. En H. Arkowitz (Ed) *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. Nueva York: Guilford Press.

Auxiliar técnico educativo. Junta de Comunidades de Castilla la Mancha. Editorial MAD, S.L. 2006

Babin PR. (2003) Diagnosing depression in persons with brain injuries: a look at theories, the DSM-IV and depression measures. *Brain Injury*; 17:889–900.

Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio, Tex: Psychological Corporation; 1993.



- Ben-Yshay, Diller L. (1993) Cognitive remediation in traumatic brain injury: update and issues. *Arch Phys Med Rehab*; 74, 204-213.
- Bilbao, A (2004). Guía de familias. Federación Española de Daño Cerebral. FEDACE, Madrid.
- Bilbao, A., Díaz, J. L. (2008). Guía de manejo cognitivo y conductual de personas con daño cerebral. Colección Manuales y Guías. Serie Dependencia, nº 32004. Edic. IMSERSO (Madrid)
- Bostow D.E. y Bailey J.B. (1969). Modification of severe disruptive and aggressive behavior using brief time-out and reinforcement procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2:31-38.
- Bracy OL. (1994) Counselling and psychotherapy for those with brain injury. *Journal of cognitive rehabilitation* 12(1):8-11.
- Bracy OL. (1994) Counselling and psychotherapy for those with brain injury. *Journal of cognitive rehabilitation* 12(1):8-11.
- Bradbury C., Christensen C., Lau M., Ruttan L., Arundine L., y Green R. (2008) The Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Emotional Distress After Acquired Brain Injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation* 89, 2, 61-68
- Cantor J., Ashman T., Schwartz, J., Gordon W., Hibbard M., Brown M., Spielman L., Charatz, H., Cheng, Z (2005) The Role of Self-Discrepancy Theory in Understanding Post-Traumatic Brain Injury Affective Disorders: A Pilot Study. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 6, 527-543
- Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, Langenbahn DM, Malec JF, Bergquist TF, Felicetti T.
- Cicerone KD, et al. (2005) Update on evidence based cognitive rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*; 86, 1680- 1692
- Cicerone KD. (1989) Psychotherapeutic interventions with traumatically brain injured patients. *Rehabilitation Psychology*.; 34:105-114.
- Coetzer R. (2006) *Traumatic Brain Injury Rehabilitation: A psychotherapeutic Approach to Loss and Grief*. New York: Nova Science Publishers.



Comprehensive Textbook of Psychotherapy. Theory and Practice. New York: Oxford University Press;2-23.

Daño cerebral adquirido: guía práctica para familiares. Fundación instituto Valenciano de Neurorrehabilitación. 2006.

Delmonico R., Hanley-Peterson P. y Englander J. (1998) Group psychotherapy for persons with brain injury: Management of frustration and substance abuse. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 13 (6), 10-22

Emerson, E., (2001) Challenging behaviour. Analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities. Cambridge: Cambridge University Press.

Gagnon, Jean, Bouchard, Marc-Andre, Rainville, Constant, Lecours, Serge and St-Amand, Julie (2006) Inhibition and object relations in borderline personality traits after traumatic brain injury, *Brain Injury*, 20:1,67-81

García Alvarez MA. (2006) Procesos asistenciales y cuidado a las familias con daño cerebral adquirido. En: *Avances en neuropsicología clínica*. Madrid: Editorial Mapfre

García Vega L, Moya J. (1993) *Historia de la psicología*. Madrid: Ed, Siglo XXI

Giacino JT, Harley JP, Harrington DE, Herzog J, Kneipp S, Laatsch L, Morse PA. (2000) Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil*. Dec; 81 (12), 1596-615.

Gleckman, AD. Brills, S (1995) The impact of brain injury on family functioning: implications for subacute rehabilitation programmes. *Brain Injury*; 9(4), 385-93.

Glenn M. (2002) A Differential Diagnostic Approach to the Pharmacological Treatment of Cognitive, Behavioral, and Affective Disorders After Traumatic Brain Injury *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 17(4):273–283

Hamilton MA. A rating scale for depression. *Journal of Neurology neurosurgery and psychiatry*. 1960;23:56–62.

Hibbard MR, Ashman TA, Spielman LA, Chun D, Charatz HJ, Melvin S. (2004) Relationship between depression and psychosocial functioning after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 85:S43–S53.



Jorge R. y Starkstein S. (2005) Pathophysiologic Aspects of Major depression Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, 6, 475–487

Junqué C. Bruna, O y Mataró, M. (1998) Traumatismos Craneoencefálicos. Un enfoque desde la Neuropsicología y la Logopedia. Editorial: MASON, Barcelona.

Kant R., Duffy D. y Pivovarnik A. (1998) Prevalence of apathy following head injury. *Brain Injury*, 12, 1, 87- 92

Kelly G., Brown S., Todd J., Kremer T. (2008) Challenging behaviour profiles of people with acquired brain injury living in community settings. *Brain Injury*, 22(6): 457–470

Koetzer R. (2007) Psychotherapy Following Traumatic Brain Injury: Integrating Theory and Practice. *Journal of head trauma rehabilitation* 22, No.1, 39-47

Kreutzer JS, Seel RT, Gourley E (2001). The prevalence and symptom rates of depression after traumatic *brain injury*: a comprehensive examination. *Brain Injury*;15:563–576.

Krpan KM, Levine B, Stuss DT, Dawson DR. (2007) Executive function and coping at one-year post traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*; 29:36-46

Labrador, Francisco J.; Cruzado, Juan A.; Muñoz, M., (1993) Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Ediciones Pirámide, S.A. - Madrid.

Laroi, F. (2003) The family systems approach to treating families of persons with brain injury: a potential collaboration between family therapist and brain injury professional. *Brain Injury*; Feb;17(2), 175-87

Levine B, Robertson IH, Clare L, et al. (2000) Rehabilitation of executive functioning: and experimental-clinical validation of goal management training. *Journal of the international neuropsychological society*; 6,299-312

Lezak, Md., Howieson, DB. Y Loring, DW. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4 ed.). New cork: Oxford University Press.

Manual de Evaluación y Entrenamiento en habilidades sociales para personas con retraso mental. Junta de Castilla y León, Consejería desanidad y Bienestar social. 2002



Marin, S.(1991) Apathy: a neuropsychiatric syndrome. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3: 243- 254

Martin, G. y Pear, J. (2007). Procedimientos y principios conductuales básicos. En modificación de conducta, pp 31-228. Pearson (Madrid).

Mayor, J., Labrador, F.J. (1991). “Manual de modificación de conducta”. Alambra Universidad. Madrid.

McClellan, Dench C., (2005) Person focused training: a model for delivering positive behaviour supports to people with challenging behaviours.

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147–172.

Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller,W. R., Yahne, C. E., y Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,71, 754 - 763.

Mimentza, N.; Jiménez, A. y Quemada, J. I. (2006). Abordaje conductual de alteraciones comportamentales en el daño cerebral adquirido. *Informaciones Psiquiátricas*. 187

Moyers, T. B., Miller,W. R., y Hendrickson, S. M. L. (2005). How does motivational interviewing work?: Therapist interpersonal skill predicts involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,73, 590–598.

Muñoz Céspedes, J M. y Tirapu Ustarroz, JM. (2001) *Rehabilitación neuropsicológica*. Editorial Síntesis, Madrid.

Muñoz JM., Ríos, M., Ruano, A., Moreno. F. (1999). Las alteraciones emocionales y la integración laboral de las personas con daño cerebral traumático. *Polibea*, 50. 1999. Ojeda N., Ezquerro J., Urruticoechea I., Quemada JI. Y Céspedes JM. (2000). Entrenamiento en habilidades sociales en personas con daño cerebral adquirido. *Revista de Neurología*; 30, 383-387



Orlinsky DE, Howard KI. (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, eds. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 3rd ed. New York: Wiley;:311–384.

Orlinsky DE, Howard KI. (1995) Unity and diversity among psychotherapies: a comparative perspective. In: Bongar B, Beutler LE, eds. *Comprehensive Textbook of Psychotherapy. Theory and Practice*. New York: Oxford University Press;2-23.

Orlinsky DE, Howard KI. (1995) Unity and diversity among psychotherapies: a comparative perspective. In: Bongar B, Beutler LE, eds.

Owensworth T, Fleming J. (2005) The relative importance of metacognitive skills, emotional status, and executive function in psychosocial adjustment following acquired brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*; 20:315-32.

Owensworth TL, McFarland K, Young RM. (2000) Self awareness and psychosocial functioning following acquired brain injury: an evaluation of a group support program. *Neuropsychological rehabilitation*; 10, 465-484

Owensworth TL, Oei T. (1998) Depression after traumatic brain injury: conceptualisation and treatment considerations. *Brain Injury*;12:735-51

Pelegriñ C. (2006) Neuropsicofarmacología aplicada a las alteraciones neuropsiquiátricas postraumáticas. En: *Avances en neuropsicología clínica*. Madrid: Editorial Mapfre

Prigatano GP. (1999) Principles of Neuropsychological Rehabilitation. New Cork: Oxford University Press.

Prigatano GP. (1997) Learning from our successes and failures: reflections and comments on “Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be.” *Journal of the International Neuropsychological Society*. 3(5):497-499.

Prochaska, J. O. P., y Prochaska, J. M. (1991). Why don't people change? Why don't continents move? *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 83–102.

Quemada, J.I., Mimentza, N., Jiménez, A., Sánchez Cubillo, I. (2006). *Tratamientos no farmacológicos de las alteraciones conductuales en daño cerebral*. En *Avances en neuropsicología Clínica*. Editorial MAPFRE (Madrid)



Quemada, J. I.; Marín, J.; Muñoz Céspedes J. M. (2006) *Evaluación de aspectos cognitivos y emocionales*. En: Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. (pp. 62-67)

Rattock J, Ben-Yshay Y, Ezrachi O, Lakin P, Piasetsky E, Ross B, et al. (1992) Outcome of different treatment mixes in a multidimensional neuropsychological rehabilitation program. *Neuropsychology*; 6, 395-415

Rattock J, Ben-Yshay Y, Ezrachi O, Lakin P, Piasetsky E, Ross B, et al. (1992) Outcome of different treatment mixes in a multidimensional neuropsychological rehabilitation program. *Neuropsychology*; 6, 395-415

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science: Vol. 3. Formulations of the person and the social contexts* (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill.

Roth R. Isquith P. y Gioia G. (2005) Behavioral Rating Inventory of Executive Function-Adult version, Psychological Assessment Resources, Inc., Lutz, FL

Seel RT, Kreutzer JS, Rosenthal M, Hammond FM, Corrigan JD, Black K. (2003) Depression after traumatic brain injury: a National Institute on Disability and Rehabilitation Research Model Systems multicenter investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; 84:177–84.

Seel RT, Kreutzer JS.(2003) Depression assessment after traumatic brain injury: an empirically based classification method. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*; 84:1621-8.

Serino, A., Ciaranelli, E., Di Santantonio A, Ladavas, E. (2006). A rehabilitative program for central executive deficits after traumatic brain injury. *Brain Cognition*; 60(2), 213-4.

Simpson G., Tate R., Ferry K., Hodgkinson A. y Blaszczyński A. (2001) Social, Neuroradiologic, Medical, and Neuropsychologic Correlates of Sexually Aberrant Behavior After Traumatic Brain Injury: A Controlled Study *Journal of Head Trauma Rehabilitation*; 16(6):556–572



Sos-Peña, M.R., Tortosa, F., Pérez, A. (1990). "El sistema de economía de fichas hoy, tras veinticinco años de aplicación". *Revista de la Historia de la Psicología*, nº 11, 3, 4, pág: 467-480

The British Psychological Society (2004), *Psychological interventions for severely challenging behaviours shown by people with learning disabilities. Clinical Practice Guidelines*. Londres

Tosí M. y Yule W. (1980) *Building up new behaviors:shaping, prompting and fading*. En Carr Wy ed. *Behavior Modification for the mentally handicapped*. London: Croom Helm

Tyerman, A. Booth J. (2001) *Family interventions after traumatic brain injury: a service example. NeuroRehabilitation*. 16(1), 59-66.

Vigotsky LS. *Mind in society: (1978) The development of Higher Psychological Proceses*. Cambridge. Ed Harvard University Press

Vila, J. y Fernández, M. C. (2004). *Manejando consecuencias. En tratamientos psicológicos*, pp 123-137. Pirámide (Madrid)

Watson C., Rutterford, D. Shortland N., y Alderman : (2001) *Reduction of chronic aggressive behaviour 10 years after brain injury. Brain Injury*;15 (11): 1003-1015

Westra, H. A., & Dozois, D. J. A. (2006). *Preparing clients for cognitive behavioural therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. Cognitive Therapy and Research*, 30, 481-498.

Williams WH, Evans JJ. (2003) *Brain injury and emotion: an overview to a special issue on biopsychosocial approaches in neurorehabilitation. Neuropsychological Rehabilitation*;13:1-11.

Williams WH, Evans JJ.(2003) *Brain injury and emotion: an overview to a special issue on biopsychosocial approaches in neurorehabilitation. Neuropsychol Rehabilitation*;13:1-11.
William R. Millar. Stephen Rollnick (1991, traducción al castellano 1999) *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paídos.

Wilson BA. (2002) *Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. Neuropsychological Rehabilitation*; 12(2):97-110



Wilson, B, Evans L, Emslie R, Malinek (1997). Evaluation of Neuro Page: a new memory aid. *J Neurol, Neurosurg Psych*; 63, 113-115

Wilson, B. A. (1999) *Case studies in neuropsychological rehabilitation*. Oxford: Oxford University Press.

Wilson, BA., Alderman,N., y Burgues, PW.(1996).*The Behavioural assessment of the dysexecutive síndrome*. Bury St. Edmund: Thames Valley

Ylvisaker M, Hanks R, Johnson-Green D. (2002) Perspectives on neuropsychological rehabilitation of individuals with cognitive impairment after brain injury. *Journal of head trauma rehabilitation*; 17, 191-209

Ylvisaker M, Jacobs H y Feeney T (2002) Positive supports for people who experience behavioural and cognitive disability after brain injury. *Journal of head trauma rehabilitation*, 18, 7-32

Ylvisaker, M. (1998) *Traumatic Brain Injury rehabilitation: children and adolsecents*. Boston. Ed. Butterworth-Heinemann

Ylvisaker, M., Turkstra M., Cohelo M., Yorkston K., Kennedy M., Sholberg M., y Avery J. (2007) Behavioural interventions for children and adults with behaviour disorders after TBI: A systematic review of the evidence. *Brain*, 21(8): 769–805

Ylvisaker, M. (2003) Positive Supports for People Who Experience Behavioral and Cognitive Disability After Brain Injury: A Review. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*: 18 - Issue 1 - p 7-32

Ylvisaker, M. (2005) *Behavioral and Social Interventions for Individuals with Traumatic Brain Injury: A Summary of the Research with Clinical Implications*. Evidence-Based Practice for Cognitive-Communication Disorders after Traumatic Brain Injury, Seminars in Speech and Language, volume 26, number 4.

