



Titulació:

Master en Rehabilitación Neuropsicológica y Estimulación Cognitiva

Autoras:

Janette Parson

Valeria Valladares

Enunciado del Trabajo de Fin de Master:

Habilidades sociales en pacientes pediátricos con daño cerebral adquirido

Director TFM:

Dra. Antonia Enseñat

Convocatoria de entrega:

Junio 2019

INDICE

ABSTRACT	3
INDICE DE TABLAS	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Resumen	5
1.2. Objetivo General.	6
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
2.1. Daño cerebral adquirido	6
2.2. Habilidades Sociales	9
3. ANÁLISIS	13
3.1. Alteraciones Neuropsicológicas	13
3.2. Secuelas en las actividades de la vida diaria relacionadas con las habilidades sociales.	14
3.3. Los problemas en las relaciones interpersonales	16
4. EVALUACION Y REHABILITACION	17
4.1. Evaluación	17
4.2. Rehabilitación	19
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	22
6. BIBLIOGRAFÍA	24

ABSTRACT

Due to the disability caused by traumatic brain injury, it is a major problem at the pediatric level. However, there is no extensive research evidence with regard to implications and the effects on social skills. Different studies with children have shown that the lack of assertive social skills results in the appearance of dysfunctional behaviors in families and school. When development in which social skills are affected during childhood is interrupted, consequences can be adverse. The purpose of this paper is to determine the effects of social skills in pediatric patients with acquired brain damage. After exploring important aspects between pediatric acquired brain damage and social skills, we will continue by analyzing neuropsychological involvement, consequences in children's daily life activities regarding social skills, and problems in their interpersonal relationships. We will finally provide evaluation and rehabilitation examples for an effective social skills' recovery in children with acquired brain damage.

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre las Áreas de Habilidades Adaptativas de 1992 y 2002 (García Ramos, 2011)	12
---	----

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Resumen

Por la discapacidad que ocasiona el traumatismo craneoencefálico es uno de los problemas más importantes a nivel pediátrico, sin embargo, no existe una amplia investigación con lo que se refiere a las implicaciones y efectos en las habilidades sociales. Los diferentes estudios con niños han puesto de manifiesto que la carencia de habilidades sociales asertivas tiene como consecuencia la aparición de comportamientos disfuncionales en la familia y escuela. Al existir una interrupción en el desarrollo en las que se encuentran afectadas las habilidades sociales durante la infancia las consecuencias pueden ser muy desfavorables (Veronica Peralta, Nancy Cuevas, s. f.). El daño cerebral en la infancia puede afectar diversos aspectos en la vida de un niño. Después del daño cerebral adquirido se pueden encontrar afectadas las funciones intelectuales y cognitivas al igual que los aspectos físicos, motores y emocionales. Estas alteraciones llevan al niño a tener dificultades en su desarrollo a nivel funcional y social. El tratamiento que se les ofrece a estos niños con mayor frecuencia se enfoca principalmente en las funciones cognitivas, ignorando otras alteraciones como las habilidades sociales. La habilidad de interactuar con los iguales y los adultos es una base muy importante en el desarrollo infantil ya que está asociada a mayores logros escolares y un mejor ajuste personal y social en la vida adulta, mientras que la inhabilidad personal está relacionada con baja aceptación, rechazo, aislamiento social, problemas emocionales, bajo rendimiento escolar, etc. Los niños con daño cerebral no siempre cuentan con las herramientas necesarias para relacionarse con otras personas, presentando déficits en sus habilidades sociales (HHSS). Ya que las habilidades sociales se practican a lo largo de la vida por medio de la experiencia, la niñez es un periodo crítico para su aprendizaje (Vithas, 2017). Según el artículo de "Habilidades sociales y daño cerebral adquirido" escrito por Integra Daño Cerebral, los déficits de habilidades sociales normalmente aparecen cuando el lóbulo frontal se encuentra implicado, ya sea directamente o por conexiones. El lóbulo frontal es el más extenso de todos y controla y organiza toda la información, asimismo dirige la conducta y es fundamental para relacionarse con un grupo y para la toma de decisiones. Los déficits de las habilidades sociales (HHSS) ocurren como consecuencia cuando hay una lesión en esta parte del cerebro, ya sea un ictus, tumor cerebral, una enfermedad infecciosa o un traumatismo craneoencefálico (Integra Daño Cerebral, 2012).

1.2. Objetivo General.

Determinar la afectación de las habilidades sociales en pacientes pediátricos con daño cerebral adquirido.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Daño cerebral adquirido

El daño cerebral adquirido (DCA) infantil se define como la consecuencia de una lesión cerebral que altera el desarrollo del cerebro infantil y produce cambios en el carácter físico, cognitivo, conductual, emocional y social. El DCA puede estar originado por un Traumatismo Craneoencefálico (TCE), tumores cerebrales, Accidentes Cerebrovasculares (ACV), encefalopatías y enfermedades infecciosas (Rodríguez, 2019).

La persona con DCA puede sufrir secuelas de menor a mayor gravedad. A continuación, un artículo de la Asociación de Daño Cerebral de Málaga describe algunas de estas secuelas:

- Trastornos motores: inmovilidad de diferentes partes del cuerpo, hemiplejía, dificultades de la marcha, temblores y dificultad en el tono postural.
- Trastornos sensoriales: afectación de la visión, audición u olfato, hemiparesia, alteraciones de la propiocepción.
- Trastornos orgánicos: traqueotomía y alteraciones respiratorias, disfagia, problemas de control de esfínteres.
- Trastornos cognitivos: desorientación, alteraciones de atención, afectación del lenguaje y de la comunicación, memoria, razonamiento y funciones ejecutivas.
- Trastornos emocionales: ansiedad, depresión, apatía
- Trastornos conductuales graves: infantilismo, inadecuación a las situaciones sociales, impulsividad, hiperactividad, agresividad

Es importante añadir los problemas laborales, académicos, familiares, sociales, económicos, legales, etc. a éstas secuelas (ADACEMA, s. f.)

Traumatismo Craneoencefálico

La incidencia anual del traumatismo craneoencefálico (TCE) en España es de aproximadamente 200 nuevos casos/100.000 habitantes. El 70% de estos tienen una buena recuperación, el 9% fallecen antes de llegar al hospital, el 6% lo hacen durante su estancia hospitalaria y el 15% quedan funcionalmente incapacitados en diferentes grados (moderados, graves o vegetativos)(Bárcena-Orbe et al., 2006). En los informes realizados por el Institut Guttmann se menciona que el Traumatismo

Craneoencefálico (TCE) es la causa más frecuente de daño cerebral. El daño que sufre el cerebro después de un TCE se debe a la lesión primaria (contusión), la cual está directamente relacionada con el impacto sobre el cráneo, y a la lesión secundaria (edema, hemorragia, aumento de la presión en el cráneo, etc.), que se desarrolla a raíz de la lesión primaria durante los primeros días del accidente (Guttmann, 2016).

Las lesiones implicadas en un TCE ejercen sus efectos sobre el cráneo, ya sea por contacto directo como agresiones, golpes, caídas, accidentes deportivos, etc., o por inercia como algún accidente de tráfico. El Servicio de NeuroRehabilitación menciona que las fuerzas por contacto directo o estáticas pueden provocar lesiones focales. Las lesiones focales más frecuentes son el hematoma subdural, hematoma epidural y hemorragia subaracnoidea. El hematoma subdural es sangre acumulada localizada por debajo de la duramadre y el sangrado puede ser venenoso y de crecimiento lento. Estos hematomas pueden provocar síntomas al aumentar su tamaño. El hematoma epidural es sangre acumulada por encima de la duramadre y suele ser de origen arterial y decrecimiento rápido. En el caso de este tipo de hematoma, el paciente puede presentar los síntomas después de algunas horas y en algunos casos acompañados de debilidad hemicorporal y/o dilatación pupilar. Este tipo de hematoma es una emergencia neuroquirúrgica. La hemorragia subaracnoidea es sangre acumulada en el espacio subaracnoideo (Vithas, 2019). Las funciones cognitivas que pueden verse alteradas después de un TCE son la atención y velocidad de procesamiento, el aprendizaje y memoria, las funciones frontales como planificación y solución a problemas o tareas complejas, el lenguaje y comunicación y la emoción y conducta (González, Pueyo, Maria, & Grabulosa, 2004).

Tumores Cerebrales

La Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Cádiz describe el tumor cerebral como un grupo de células anormales que crece y se multiplican en o alrededor del cerebro. Los tumores destruyen directa e indirectamente las células del cerebro. Es posible dañarlas indirectamente al invadir otras partes del cerebro causando inflamación, edema cerebral y presión dentro del cráneo. Los tumores cerebrales pueden ser benignos o malignos, dependiendo de la rapidez de su crecimiento y de si logran curarse con el tratamiento neuroquirúrgico (ADACCA, 2019a).

Accidentes Cerebrovasculares (ACV)

El accidente cerebrovascular, también conocido como ictus, ataque cerebral o apoplejía, sucede cuando el flujo de sangre de una parte del cerebro se detiene. Uno de los artículos de Asociación de Daño Cerebral de Málaga describe los diferentes tipos de ACV como Isquémico, Ataque Isquémico Transitorio (AIT) y Hemorrágico.

El ACV isquémico es la disminución del flujo sanguíneo que llega al cerebro. Puede ser un coágulo de sangre que obstruye una arteria cerebral (trombótico), o puede ser un coágulo de sangre que se ha formado lejos del lugar de obstrucción (embólico).

El Ataque Isquémico Transitorio (AIT) es un indicio de ictus que no deja secuelas, pero puede repetir. Es importante establecer pautas de prevención en personas que lo han sufrido.

El ACV hemorrágico es una rotura de arteria o alguna malformación arteriovenosa. Este tipo de ACV es menos frecuente pero comprometen más la supervivencia debido a que aumentan la presión intracraneal (ADACEMA, s. f.)

Encefalitis y Enfermedades Infecciosas

La encefalitis, según la Asociación Granadina de familias para la rehabilitación del daño cerebral, es inflamación cerebral causada por enfermedades infecciosas. Aunque es una enfermedad poco común, puede ser leve o grave. La causa más frecuente es una infección viral y diferentes tipos de virus pueden provocarla. Los virus pueden suceder a través de infecciones quirúrgicas, contagio por vía aéreas respiratorias de alguna persona infectada, alimentos o bebidas, picaduras de insectos, contacto con la piel, entre otros. Los síntomas que se presentan en la encefalitis leve son parecidos a los de la gripe. Sin embargo, en los casos más graves se pueden presentar síntomas como dolores de cabeza, fiebre, vómitos, confusión, convulsiones y somnolencia. En el caso de una encefalitis grave, es necesario el tratamiento inmediato (Agredace, 2019).

Competencia Social y Daño Cerebral Adquirido pediátrico

La lesión cerebral traumática en niños también está asociada con déficits en competencia social (Yeates et al., 2007) y se ha definido de varias maneras.

(Rubin & Rose-krasnor, 1992) define la competencia social como la habilidad para lograr objetivos personales en la interacción social al mismo tiempo que se mantienen relaciones positivas con otros a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones. Esta definición contiene muchos de los componentes esenciales de la competencia social, ya que trata la competencia social como una construcción de desarrollo que depende tanto del tiempo como del contexto y resalta las “metas complejas que las personas enfrentan como individuos (satisfaciendo metas personales) y como miembros de grupos (manteniendo relaciones positivas)” (Yeates et al., 2007).

(Ganesalingam et al., 2011) menciona que aunque la naturaleza precisa de los impedimentos sociales asociados con la lesión cerebral traumática en niños aún no se ha dilucidado, estudios previos han demostrado que los niños con lesión cerebral traumática grave tienen menos habilidades para resolver problemas sociales; mostrar deficiencias en las funciones sociales y afectivas, incluido el lenguaje pragmático, la

comprensión de las emociones y la apreciación de los estados mentales; están calificados como menos competentes socialmente y más solitarios que los niños sanos o con lesiones que no involucran el cerebro; y que sus malos resultados sociales persisten en el tiempo.

Los niños con daño cerebral traumático que son insensibles a la información afectiva y conativa pueden enfrentar consecuencias sociales negativas. En el estudio de investigación “Cognitive, Affective, and Conative Theory of Mind (ToM) in Children with Traumatic Brain Injury”, (Diab et al., 2009) menciona que los niños con daño cerebral traumático obtienen una calificación más alta en cuanto a la victimización por rechazo que los niños con lesiones ortopédicas y son menos propensos a tener una amistad mutua en su clase; además, los niños con daño cerebral traumático sin un amigo mutuo son calificados más bajos que aquellos con un amigo mutuo en relación con la sociabilidad-popularidad y el comportamiento prosocial, y tienen índices de aceptación de compañeros más bajos.

Concluyendo con la sección de competencia social, (Heverly-Fitt et al., 2016) dice que la incorporación de componentes de habilidades sociales en las intervenciones para niños con daño cerebral traumático es fundamental para minimizar el riesgo de síntomas depresivos, ansiedad social y comportamientos antisociales. Además, los informes de comportamiento social de terceras personas pueden ser una herramienta útil para los médicos que tratan a niños con daño cerebral traumático. El uso incrementado de medidas de informe de terceras personas será útil para obtener una imagen completa de los resultados sociales, emocionales y de comportamiento del daño cerebral traumático infantil.

2.2. Habilidades Sociales

Después del daño cerebral y como consecuencia de las diferentes alteraciones a nivel neuropsicológico se presentan alteraciones en el desarrollo normal del infante.

Son varias las consecuencias que se pueden observar tras el daño cerebral, no siendo estas solo en el aspecto motor las cuales provocan restricciones en el movimiento, si no también cognitivas provocando problemas de concentración, atención, control de impulsos, que como consecuencia dificultan la relación con sus pares y personas de su medio ya que en definitiva existiría un obstáculo para que las habilidades sociales se desarrollen al nivel que corresponda a su edad (G. Beatriz, 20018).

A lo largo del ciclo vital los comportamientos sociales se van aprendiendo por lo que conductas sociales como ser amable, relacionarse con sus pares o adultos o hasta reaccionar de manera agresiva depende del proceso de socialización (Betina A. Contini N., 2011).

Al igual que otros temas de interés el término habilidades sociales es un tema estudiado por varios autores y cada uno le ha dado su definición respecto a su punto

de vista y estudios realizados con anterioridad. A continuación, se mencionará algunos de ellos.

- *“La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conducta emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos mientras minimiza la probabilidad ”* (Caballo, 2007)
- “Un conjunto de conductas identificables, aprendidas, que emplean los individuos en las situaciones interpersonales para obtener o mantener el reforzamiento de su ambiente ”(Elly, 1982)
- Monjas menciona “Conjunto de cogniciones, emociones y conductas que permiten relacionarse y convivir con otras personas de forma satisfactoria y eficaz”(Monjas, 2010)
- Al respecto Rich y Schroeder (1976) “La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo” (Mardones Luco, 2016)
- Combs y Slaby, (1977) “La capacidad para interactuar con los demás en un contexto social dado de un modo determinado que es aceptado o valorado socialmente y, al mismo tiempo, personalmente beneficioso, mutuamente beneficioso, o principalmente beneficioso para los demás”(Mardones Luco, 2016)
- El autor Phillips (1978) “El grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto” (Mardones Luco, 2016).
- Hargie, Saunders y Dickson (1981) señalan como un “Un conjunto de conductas sociales dirigidas hacia un objetivo, interrelacionadas, que pueden aprenderse y que están bajo el control del individuo” (Mardones Luco, 2016)

Como se puede observar no existe un concepto definitivo con lo que respecta a las habilidades sociales, sin embargo, como factor dominante se resalta la importancia que los autores atribuyen como base del desenvolvimiento interpersonal en todas las etapas del proceso evolutivo. Autores como Caballo, Combs, Slaby y Phillips atribuyen importancia a los derechos de los demás en los cuales se encuentren beneficiados mutuamente mediante un intercambio libre y abierto.

Otro subtema en cuestión es cómo y cuándo el individuo aprende a desarrollar sus habilidades sociales

Morrison (1990) establece que no hay datos definitivos de cuándo y cómo se aprenden las habilidades sociales, pero sin duda la niñez es uno de los periodos críticos, de esto modo las primeras experiencias de aprendizaje podrían interaccionar con predisposiciones biológicas y así determinar patrones relativamente consientes del funcionamiento social en por lo menos una parte significativa de la infancia. Mientras que Buck (1991) manifiesta que el temperamento es un determinante del ambiente socioemocional interpersonal en varios aspectos y de esta manera considera la facilidad para el aprendizaje, con las demás condiciones iguales y de esta manera el individuo emocionalmente expresivo tiende a crear para sí mismo un ambiente social y emocional más positivo (Caballo, 2007). Otro análisis realizado por (Monjas, 1997) describe como primer referente en la construcción de habilidades sociales a la familia pues son quienes proporcionan a los niños/as modelos del repertorio de conductas sociales como escuchar, empezar y mantener una conversación, este conjunto de conductas se amplía en cuanto la persona va creciendo y obtiene contacto con diferentes círculos sociales mediante mecanismos como el aprendizaje verbal y por observación, y el feedback interpersonal hasta establecerse cierto establecimiento en la adolescencia (Lopez, 2008).

En conjunto con las conductas sociales aprendidas con la familia se atribuye gran importancia a la influencia del sistema educativo al que los niños/as ingresan , ya que este causa el desprendimiento del primer mundo conocido para establecer relaciones interpersonales, dando paso a aprender nuevas habilidades las que estarán encaminadas a obtener la aceptación de sus pares(López, 2008).

Después de realizar un análisis con respecto a los conceptos atribuidos a las habilidades sociales junto con la indagación de cómo y cuándo son aprendidas, es importante destacar una serie de vocablos que permite el desarrollo personal y social, citados por diferentes autores.

- Competencia social:

Según Richard M. Mc.Fall (1982) *“La competencia social se refiere a un juicio evaluativo general referente a la calidad o adecuación del comportamiento social de un individuo en un contexto determinado, por un agente social de su entorno que está en una posición para hacer un juicio informal. Para que una actuación sea evaluada como competente, sólo necesita ser adecuado, no necesita ser excepcional”*(García Ramos, 2011)

- Asertividad:

En el artículo realizado por (Mangione, Carmen, & Anglat, 2002) se cita a Caballo(2000) conceptuando que asertividad es la capacidad para expresar

ideas, sentimientos, opiniones, puntos de vista en relaciones interpersonales de manera efectiva y adecuada sin general malestar por la presencia de agresividad o ansiedad.

- **Habilidades interpersonales:**

Son aquellas que permiten relacionarse de manera más adecuada con las personas de nuestro medio, entre las cuales se menciona: la empatía las emociones y la sociabilidad (Silvio, 2010). Se define a la empatía como la capacidad de poder llegar a comprender la vida emocional del otro casi en toda su complejidad (A. S. Beatriz, 2018).

- **Conductas adaptativas:**

Como conducta adaptativa a va a considerar el papel de la persona como puramente reactivo y de acomodación al medio (García Ramos, 2011).

- **Habilidades adaptativas:**

En la Tabla 1 se muestra la 10ª edición de la AAMR en la que diferencia habilidades adaptativas por áreas siendo estas, conceptuales, prácticas y sociales (García Ramos, 2011)

Tabla 1. Relación entre las Áreas de Habilidades Adaptativas de 1992 y 2002 (García Ramos, 2011)

Definición 2002: Áreas de habilidades de Conductas adaptativas	Habilidades representativas de la definición de 2002	Definición de 1992 Áreas de habilidades adaptativas
Conceptual	Lenguaje Lectura y escritura Conceptos de dinero Autorregulación	Comunicación Académicas funcionales Autorregulación Salud y seguridad
Social	Interpersonal Responsabilidad Autoestima Credulidad Ingenuidad Sigue las reglas Obedece las leyes Evita la victimización	Habilidades sociales Ocio
Práctica	Actividades de la vida diaria Actividades instrumentales de la vida diaria Habilidades ocupacionales Mantiene entornos seguros	Cuidado personal Vida en el hogar Utilización de la comunidad Salud y seguridad Trabajo

3. ANÁLISIS

3.1. Alteraciones Neuropsicológicas

Entre las secuelas tras un Traumatismo Craneoencefálico la reducción de habilidades sociales manifestada como apatía, irritabilidad, inhibición, aumento de la ira, agresividad e impulsividad, como también problemas de comportamiento inhibitorio, expresados a través de impaciencia, agitación y comentarios inapropiados ocasiona que los niños con TCE presenten dificultades en diversos ámbitos de la interacción social: actividades de juego, desarrollo de amistades más íntimas como también problemas de autocontrol (San Nicolás, Iraurgi Castillo, Jara Segura, Azpiri, & Urizar Uribe, 2006).

Ganesalingam, Sanson, Anderson y Yeates (2006) examinaron los efectos del TCE en el funcionamiento social y la autorregulación, los resultados que obtuvieron muestran que los niños que sufrieron un TCE moderado o severo tuvieron un deficiente funcionamiento social y emocional, así como pobre comportamiento de autorregulación, en comparación con los niños sin lesiones. Posteriormente Ganesalingam, Yeates, Sanson y Anderson (2007) hallaron que los niños con TCE moderado o severo mostraban habilidades más pobres de solución de problemas sociales, utilizaban más soluciones agresivas, de evitación e irrelevantes en los problemas sociales y tendían a generar menos soluciones asertivas en comparación con los niños sin TCE (San Nicolás et al., 2006).

En el estudio realizado por (Sans, Colomé, López-Sala, & Boix, 2009) menciona. El daño cerebral difuso es una de las causas de discapacidad en la edad pediátrica, el pronóstico vital del DCA es mejor en los niños que en la edad adulta pero no sucede así con el pronóstico neuropsicológico es más desfavorable si el momento de la lesión la edad es menor. El DCA afecta a las funciones ya adquiridas, pero también aquellas que están en desarrollo y las que deben desarrollarse en el futuro. Cuando el paciente con TCE grave recibe el alta hospitalaria se inicia en este momento la etapa subaguda que es cuando el niño regresará a la escuela teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos se encuentran déficits del razonamiento verbal, atención, memoria, organización espacial, motricidad fina, velocidad de procesamiento y ejecución y funciones ejecutivas.

Con frecuencia los niños con antecedentes de TCE con un CI dentro de la normalidad presentan fracaso escolar, problemas conductuales y de relación social. Se comprende que el niño en el pleno proceso de aprendizaje la repercusión de estos déficits pueda ser mucho mayor. En general las funciones más afectadas por un DCA son similares en el niño como en el adulto: memoria en todas sus modalidades, atención y funciones ejecutivas (Sans et al., 2009).

Memoria: una de las funciones más susceptibles tras un TCE, de forma bastante precoz es una de las quejas más subjetivas del paciente y sus familiares, la dificultad que mayormente se presenta es la dificultad de aprendizaje o la adquisición de nueva

información. En menor medida se observa dificultades en la memoria inmediata y procedimental.

Atención: esta función no es un proceso unitario sino un sistema integrado formado por distintos componentes que se relacionan entre ellos. Un conjunto de áreas son los que controlan el sistema atencional como el tronco del encéfalo, mesencéfalo, área temporal, parietal y regiones frontales, cada una de ellas relacionada con un componente atencional específico. Los TCE graves suelen estar asociados a un déficit atencional global, así como la velocidad de procesamiento de la información.

Funciones Ejecutivas: estas funciones son de mucha importancia en la conducta del ser humano, se considera que las FE no están desarrolladas en su totalidad hasta el final de la adolescencia e inicio de la edad adulta, el desarrollo de estas funciones son imprescindibles para que el niño adquiera de forma progresiva la capacidad para tomar decisiones, planificar, organizarse, establecer objetivos y desarrollar una conducta social adecuada, es decir que los déficits en estas en estas funciones repercuten en el aprendizaje, control emocional, y adaptación social del niño.

En gran parte de los casos el lenguaje y algunas funciones motrices se recuperan de forma luego de un TC lo cual provoca que las expectativas de la recuperación neuropsicológica sean bastante favorables. Las habilidades lingüísticas básicas se recuperan con relativa facilidad, sin embargo, esto no sucede con el procesamiento lingüístico el cual depende de factores como la capacidad de conceptualización, abstracción, velocidad de procesamiento y organización del discurso. Es frecuente el enlentecimiento motor y del procesamiento y ejecución de la información. Con mayor constancia se observan cambios en la conducta y el control emocional los cuales pueden manifestarse en forma de irritabilidad, impulsividad, agresividad, desinhibición, apatía, a consecuencia de esto la adaptación social y la autonomía de los pacientes se ven entorpecidas teniendo en cuenta que todo lo mencionado puede tardar mucho tiempo en ser evidentes en el entorno del niño (Sans et al., 2009).

3.2. Secuelas en las actividades de la vida diaria relacionadas con las habilidades sociales.

En la investigación con el tema trastornos del comportamiento tras el daño cerebral adquirido las alteraciones en la conducta son los déficits más relevantes en la neuropsicología, sin embargo desde la perspectiva de la neuropsicología cognitiva se le ha dado mayor interés centrando esfuerzos en los procesos de la atención, memoria, etc., manteniendo durante mucho tiempo fuera de su alcance de atención las alteraciones de la conducta por razones como la dificultad de estudio y por qué se ha considerado como área de tratamiento de la psiquiatría. Afortunadamente en los últimos años el interés por el estudio de las alteraciones de la conducta aumentó significativamente (Sánchez-Cubillo, I., Lertxundi, N., Quemada, J. I. y Ruiz-Ruiz, 2007).

El momento privilegiado para el aprendizaje y práctica de las habilidades sociales son la infancia y la adolescencia debido a la constatación de la importancia de estas capacidades en el desarrollo infantil y el funcionamiento social, psicológico y académico, por lo que es importante resaltar las habilidades sociales en los años preescolares las cuales implican interacción con los pares, las primeras manifestaciones prosociales, la exploración de reglas, la comprensión de emociones entre otros (Betina A. Contini N., 2011).

Como consecuencia de una lesión cerebral la aparición de déficits a nivel cognitivo, intelectual, conductual y de la comunicación, pueden llegar a afectar la calidad y el modo con las que estas personas se relacionan.

La persona afectada por DCA puede presentar dificultades para interpretar señales sociales, lenguaje, gestos, expresiones faciales, ni hacer juicios sobre ellas. Puede parecer haber olvidado unas normas básicas de conducta, presentar dificultades para cooperar con otros, actividades socialmente gratificantes pueden dejar de serlo tras la lesión, o pueden tener problemas para reconocer quién “manda” o quién muestra señales de autoridad en el grupo. Pueden presentar dificultades para negociar, seguir normas básicas de amistad y mantener relaciones estables, derivadas de no entender cómo se sienten los otros y carecer de visión de futuro.

Estas secuelas, que han sido descritas tanto en pacientes adultos, como en niños y adolescentes, influyen de forma muy negativa en la calidad de vida de las personas afectadas, condicionando su ajuste familiar, escolar y social, así como su vuelta al entorno laboral.

El rendimiento escolar se encontrará afectado debido que a las funciones que se alteran con el DCA son fundamentales para la adquisición de nuevos aprendizajes. A menor edad y con menos aprendizajes consolidados las repercusiones serán más graves, muestra de ellos es como la mecánica lectora, y las habilidades de deletreo ya consolidados en los primeros cursos de primaria suelen encontrarse poco afectadas cuando el DCA de da más de los 10 años. A esta edad los cambios se pueden presentar en la comprensión lectora y el cálculo mental los cuales dependen de otras funciones cognitivas que están aún en proceso de desarrollo. La evolución escolar puede alterarse significativamente debido a los trastornos de adaptación social(Sans et al., 2009).

Agregando otro punto, es importante tener en cuenta la percepción de la familia de las secuelas y su malestar psicológico, en un estudio realizado por (Cabras, 2013) el que tiene como objetivo evaluar la percepción que el familiar tiene de los problemas de la persona afectada por un daño cerebral adquirido y su asociación a sus propios síntomas de estrés, depresión y duelo. Participaron 223 familiares (cuidadores principales). Se desarrolló un inventario de 36 secuelas percibidas estructuradas en 6 factores: déficits cognitivos y sensoriales, cambios de personalidad, dependencia, actividad disminuida, trastornos emocionales y autoconciencia y percepción social

disminuida. Los resultados mostraron que las secuelas percibidas tienen relativamente poco impacto en el malestar psicológico del familiar. Las secuelas con mayor asociación a los síntomas psicológicos fueron dependencia, asociada significativamente a sentimientos actuales de duelo, y la actividad disminuida, que se asocia a las respuestas involuntarias de estrés de aproximación y alejamiento. Estos datos contradicen la literatura que sostiene la relación causal entre secuelas percibidas y síntomas en los familiares, sugiriendo otro tipo de factores implicados.

3.3. Los problemas en las relaciones interpersonales

No se conocen datos definitivos con respecto a la dificultad en las relaciones interpersonales en niños, se estima que podría ser entre el 5 y 25% de la población. En la actualidad se sabe que la aceptación social en la infancia depende del repertorio de habilidades sociales que el niño presente ya que a medida que es aceptado por sus iguales esto predice un ajuste positivo personal y social en la vida adulta del niño (Monjas, 2010).

Los estudios realizados por Gresham (1981) muestran que los niños y adolescentes que presentan problemas con sus habilidades sociales y son poco aceptados por sus compañeros tienen mayor incidencia de presentar inadaptación escolar, problemas de delincuencia, psicopatología infantil y pueden presentar problemas de salud mental, sin dejar de lado que la falta de amigos íntimos puede traer como consecuencia la depresión infantil. Además autores como Gil, León y Jara (1995) mencionan que las habilidades repercuten en problemas en otros aspectos como son el autoestima, adopción de roles, autorregulación del comportamiento y en el rendimiento académico tanto en la infancia como en la vida adulta (Carrillo, 2015).

Los comportamientos sociales son aprendidos a lo largo del ciclo vital, tanto niños como adolescentes aprenden estrategias de comunicación con los pares y adultos pudiendo estar relacionado con comportamientos positivos como ser empáticos, mostrar emociones de forma positiva, conversas de manera amable con otros, como pueden ser inadecuados y hasta perjudiciales, como reaccionar de manera agresiva e inhibida hacia otros y es así como dependiendo del tipo de aprendizaje el niño mostrará o no problemas en su interacción y en su vida social en general.

Por otro lado, Cabrera Pérez (1996) analiza las dificultades que presenta un niño con PC en el desarrollo de las habilidades mencionando que estas se presentan de una doble manera, por una parte, su discapacidad y los trastornos asociados limita en cuanto a la falta de independencia para alimentarse, la higiene personal, moverse y la posibilidad de una buena comunicación a causa de sus falencias y la dificultad para realizar cualquier tipo de actividad recreativa o educativas. La otra manera en la que las dificultades se presentan alterando el desarrollo de las habilidades sociales es la infraestructura social la cual no se encuentra adaptada de forma correcta para este sector de la sociedad afectado con PC y otras minusvalías ya sea

por razones arquitectónicas, sentimientos de lástima, poca actividad recreativa en la que puedan participar, entre otras (Pinat, s. f.).

Concluyendo con la sección de análisis, Elliot y Greshman (1991) dicen que la capacidad que tiene un individuo de iniciar y mantener relaciones interpersonales significativas, facilitará su ajuste personal y social. La calidad de las habilidades e interacciones sociales del niño pueden actuar como predictor de su desarrollo posterior, así como su funcionamiento en general como adulto. Además ser socialmente competentes refleja la capacidad de evitar relaciones perniciosas o destructivas con los demás (Carrillo, 2015).

4. EVALUACION Y REHABILITACION

4.1. Evaluación

Obtener un historial completo previo y posterior de la lesión por parte de la familia aporta información cualitativa importante, ya que los antecedentes son los que determinan la selección de los instrumentos con los que se evaluará y además pueden destacar aquellas áreas de fortaleza y dificultad para el niño y su familia. Después de un TCE en niños, la evaluación no se realiza de manera sistemática en las fases agudas posteriores a la lesión, ya que la evaluación suele llevarse a cabo antes de la reintegración a la escuela para de esta manera colaborar con el tratamiento educativo incluyendo en este punto aquellas alteraciones más características como alteración en la atención, velocidad de procesamiento y fatiga, puntos importantes que deben tomarse en cuenta al momento de aplicar pruebas e interpretar resultados. Sin embargo, en casos de niños con alteraciones funcionales graves en ocasiones no es posible o útil realizar un método de evaluación formal, por lo cual en estos casos se puede obtener más información con otras técnicas como observación contextual y valoraciones por parte de familiares y maestros. Se pueden obtener datos importantes útiles para la evaluación con la información aportada por los padres mediante los cuestionarios sobre el desenvolvimiento de sus hijos en áreas de interés para el clínico como capacidades sociales y conductuales. Además, no se debe dejar de lado las revisiones regulares hasta 12 meses después de la lesión y luego en los periodos claves como la entrada a la escuela o el cambio de primaria a secundaria (Wilson, Winegardner, & Van Heugten, 2019).

Antes de diseñar un programa de rehabilitación de las habilidades sociales (HHSS) es importante hacer una evaluación neuropsicológica. Existen tres tipos esenciales de modalidades para evaluar las habilidades sociales, estas son: la observación conductual, los informes de terceras personas y las medidas de autoinforme. El profesional luego decide que método de evaluación sería el más adecuado para el paciente. A continuación, se redacta cada una de estas modalidades según el artículo “Las Habilidades Sociales y Emocionales en la infancia” escrito por Cristina González

Correa (Michelson, Sugai, Wood, & Kazdin, 1987), y el apartado de “Evaluación Conductual” por Vicente E. Caballo (Caballo, 1986):

1. Observación conductual

Consiste en la observación de los comportamientos sociales en situaciones naturales o simuladas, que puede realizarse a través de las famosas actividades de role-play.

Puesto a que la habilidad social se expresa por medio de respuestas notorias, la observación conductual podría ser la estrategia más lógica. Sin embargo, aunque la observación en la vida real sea el procedimiento más deseable, también ha sido muy difícil de emplear, ya que por una parte puede no haber mucho que observar y por otra, los efectos reactivos del observador podrían ser tan poderosos como para socavar los posibles resultados. Otro factor limitante es el costo de enviar observadores a la comunidad. A causa de estos problemas con la observación directa en contexto real, la evaluación conductual suele ser más eficaz en las interacciones simuladas. En situaciones simuladas, las respuestas son grabadas en video y permiten evaluar conductas verbales y no verbales, así como la ansiedad (Caballo, 1986).

Las pruebas estructuradas de interacción breve, denominadas también “pruebas de representación de papeles” (o rol-play), pueden utilizarse como un método de observación conductual. Esta estrategia ha sido la más utilizada en la investigación sobre las HHSS y constan de tres partes (Caballo, 1986):

- Descripción detallada de la situación partícula en la que se encuentra el sujeto
- Comentario hecho por el compañero de rol-play y dirigido al individuo evaluado
- Respuesta del sujeto al compañero

Algunas de las pruebas de interacción breve (rol-play) más utilizadas han sido las siguientes (Caballo, 1986):

- Test de situación (ST, Situation Test, Rehm y Marston, 1968)

❖ Se compone de dos formas alternativas, comprendiendo cada una de ellas diez situaciones que requieren respuesta de interacción heterosocial

❖ Diseñada para sujetos masculinos exclusivamente

-Test conductual de representación de papeles (BRPT, Behavioral Role Playing Test, McFall y Marston, 1970)

-Test conductual de asertividad-revisado (BAT-R Behavioral Assertiveness Test-Revised, Eisler, Hersen y Miller, 1975)

❖ 32 situaciones en las que la mitad implican expresiones positivas y la otra mitad expresiones negativas

-Test conductual de expresion de ternura (BTTE, Behavioral Test of Tenderness Expression, Warren y Gilner, 1978)

- ❖ 15 situaciones que requieren expresión positiva de alabanza, aprecio, amor, apoyo, etc., donde se evalúa exclusivamente esta clase de conducta

-Test de interacción social simulada (SSIT, Simulated Social Interacción Test, Curran, 1982)

- ❖ Consta de ocho situaciones que abarcan las siguientes áreas: crítica por parte del jefe, asertividad social durante una entrevista, enfrentamiento y expresión de ira, contacto heterosexual, consuelo interpersonal, conflicto y rechazo por parte de un familiar próximo, perdida potencial de amistad y recibir cumplidos de un amigo.

Por último, las pruebas semiestructuradas de interacción extensa (interacciones reales planeadas, interacciones naturalistas o interacciones en vivo) también son un método para evaluar la observación conductual. En estas pruebas se comprende una variedad de encuentros simulados que se diseñan como situaciones paralelas o similares a situaciones que ocurren normalmente en la vida real. El objetivo consiste en evaluar la habilidad del individuo para iniciar una conversación con un potencial compañero de cita (Caballo, 1986).

2. Informes de terceras personas

En esta modalidad es necesaria la participación de los agentes sociales del grupo social en el que está involucrado el niño, por ejemplo, familias, amigos, compañeros de escuela, maestros, etc. y es así como se puede describir y evaluar el comportamiento social del menor.

3. Instrumentos de autoinforme

Los instrumentos de autoinforme pueden ser cuestionarios, series de lápiz y papel los cuales confían en la valoración, evaluación o descripción de cada niño de su propio comportamiento social (Michelson et al., 1987).

4.2. Rehabilitación

(Anderson VA 1 , Catroppa C , Haritou F , Morse S , Pentland L , Rosenfeld J, 2001) señalan que al trabajar con pacientes que han sufrido un TCE es importante involucrar a la familia, pues se sabe que no sólo impacta al paciente y el entorno familiar es el principal grupo en el que se desenvuelve. Es también importante reconocer el nivel premórbido del funcionamiento familiar antes de comenzar la intervención con el niño, ya que es un predictor importante del éxito de los resultados emocionales y sociales.

Hay diferentes programas que se pueden utilizar para la rehabilitación de las habilidades sociales. Según el artículo “Programa de Rehabilitación de Habilidades Sociales y Desarrollo de la Autonomía” escrito por El Cribo, uno de los principales

finde de esta rehabilitación es el de dotar de diferentes herramientas comportamentales a la persona con enfermedad mental o daño cerebral para poder reducir el estrés que puede implicar la interacción social (El Cribo, 2016).

A continuación, La Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Cádiz comparte un ejemplo de programa de rehabilitación integral con menores (ADACCA, 2019b):

- Población atendida: bebés recién nacidos hasta los 18 años con diagnóstico de DCA (TCE, ACV, tumores, epilepsia, infecciones, anoxia cerebral, intoxicaciones, apnea...)
- Equipo: Neuropsicóloga, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Logopeda y Pedagoga.
- Partiendo de una evaluación interdisciplinar se diseña un programa de intervención en la que cada área apoya al niño con tratamiento específico y personalizado.

Rehabilitación Neuropsicológica

- Evaluación Neuropsicológica
- Estimulación de funciones cognitivas
 - Atención – tareas de lápiz y papel, dinámicas en grupos, actividades y juegos de ordenador
 - Percepción Visual – juegos informatizados, juegos de visioconstrucción, tareas de lápiz y papel, psicomotricidad
 - Funciones ejecutivas – tareas de organización y planificación. Algunas tareas en el exterior (bibliotecas, papelería)
 - Memoria – enseñanza de estrategias y práctica. Técnicas de estudio (resumen, esquemas, repetición etc...)
- Modificación de Conducta – reforzadores, modelado, etc...

Logopedia

- Estimulación del lenguaje expresivo y receptivo: fluidez, denominación, lenguaje pragmático, lectura, escritura, etc.
- Respiración: ejercicios de control respiratorio y soplo.
- Desarrollo de la percepción auditiva: tareas de discriminación, reconocimiento de sonidos, memoria secuencial auditiva...
- Articulación: ejercicios para mejorar la movilidad y el tono de los órganos articulatorios. Praxias orofaciales.
- Tareas de estructuración del lenguaje a nivel comprensivo: identificación de objetos, personas, situaciones, emociones... Seguimiento de situaciones. Lectura y comprensión de textos sencillos.

- Tareas de estructuración del lenguaje a nivel expresivo: denominación de personas, objetos y acciones. Ampliación de vocabulario de los diferentes temas relacionados con la vida diaria. Ejercicios de estimulación para desarrollar la capacidad de expresar emociones, necesidades, órdenes e ideas, a través de frases. Tareas de descripción de imágenes. Ejercicios de secuenciación, descripción oral de historias en imágenes. Actividades favorecedoras del lenguaje espontáneo. Desarrollo de la expresión escrita de historias, imágenes y estimulación de lenguaje escrito espontáneo, narrando experiencias propias.

Terapia Ocupacional

- Actividades motoras y psicomotricidad: Mejora del desarrollo de la motricidad mediante integración sensorial, entrenamiento funcional de las habilidades motoras gruesa (juegos de movimiento y juegos al aire libre), circuitos psicomotores, etc.
- Entrenamiento de las habilidades funcionales de los niños dentro del contexto de su vida diaria: entrenamiento de las actividades de la vida diaria (AVD), integración en juegos, etc.
- Actividades visomotoras, visoconstructivas y motricidad fina: entrenamiento funcional de las habilidades mediante juegos de construcción, plastilina, manualidades, baños táctiles, etc.

Fisioterapia

- Método Bobath, estimulación sensoriomotriz del niño
- Ejercicios combinados para el desarrollo y optimización del sistema motor y el movimiento
- Maniobras de estimulación neuromuscular y de estiramientos en grupos musculares acortados
- Búsqueda de materiales ortésicos y vendajes neuromusculares para la correcta alineación de distintas articulaciones
- Taller de psicomotricidad
- Fisioterapia respiratoria

Intervención familiar

- Asesoramiento familiar: pautas de conducta
- Información a todos los miembros (abuelos, hermanos, padres) sobre el DCA
- Terapia de familia

Contactos con otros profesionales

- Apoyo educativo: reunión con profesores.

- Trabajadores sociales
- Neuropediatras
- Orientadores
- Pedagogía terapéutica
- Maestros de audición y lenguaje

Talleres y ocio

- Talleres temáticos:
 - Cocina, carnaval, Halloween, teatro
- Salidas:
 - Playa, granja escuela, zoo, parques infantiles

Sensibilización social

- Programa de sensibilización a los menores sobre el DCA en los colegios

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Después de la información proporcionada, es evidente que las habilidades sociales son afectadas después del daño cerebral adquirido tanto en adultos como en niños. En general, las funciones más afectadas por un DCA son similares en el niño como en el adulto: memoria en todas sus modalidades, atención y funciones ejecutivas (Sans et al., 2009), y desde la perspectiva de la neuropsicología cognitiva se la ha dado mayor interés centrando esfuerzos en estas áreas manteniendo durante mucho tiempo fuera las alteraciones de la conducta y habilidades sociales. Sin embargo, cuando una persona sufre una lesión en el lóbulo frontal, ya sea por un ictus, tumor cerebral, una enfermedad infecciosa o un traumatismo craneoencefálico (TCE), es probable que pueda desarrollar alteraciones en la conducta y las habilidades sociales.

Es importante tomar en cuenta que las habilidades sociales son fundamentales en el desarrollo del niño, ya que se practican a lo largo de la vida por medio de la experiencia y el aprendizaje, por eso mismo están asociadas a mayores logros escolares y un mejor ajuste personal y social en la vida adulta. La calidad de las interacciones sociales del niño puede actuar como predictor de su desarrollo posterior, así como su funcionamiento en general como adulto.

La percepción del malestar psicológico de la familia también es un punto muy importante, ya que suelen percibir propios síntomas de estrés, depresión y duelo. Es importante también reconocer el nivel premórbido del funcionamiento familiar antes de comenzar una intervención con el niño, ya que es el predictor importante del éxito de los resultados emocionales y sociales (Wilson et al., 2019). Hay diferentes programas que se pueden usar para la rehabilitación de las diferentes etapas por la que pasa el niño, sin embargo, es importante que se realicen con el objetivo de proporcionar la integración social y familiar.

La incorporación de componentes de habilidades sociales en intervenciones para niños con daño cerebral traumático también es fundamental para minimizar el riesgo de síntomas depresivos, ansiedad social y comportamientos antisociales (Heverly-Fitt et al., 2016).

Un programa de intervención de las habilidades sociales debe comenzar con antes una evaluación neuropsicológica. La evaluación suele llevarse a cabo antes de la reintegración a la escuela para de esta manera colaborar con el tratamiento educativo. La alteración en la atención, velocidad de procesamiento y fatiga son puntos importantes que deben tomarse en cuenta al momento de aplicar pruebas. Los tres tipos esenciales de modalidades para evaluar las habilidades sociales de un niño son la observación conductual, los informes de terceras personas y las medidas de autoinforme.

En definitiva, el trabajo de las capacidades personales es necesarias para el desarrollo de las habilidades sociales. También es importante abrir líneas de estudio en las que logre indagar la dimensión cognitiva de las habilidades sociales de los menores con riesgo de exclusión social, de esta manera podríamos comprender aquellos comportamientos afectivo-sociales desarrollados en su entorno de referencia.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ADACCA. (2019a). *¿Qué es un DCA? Causas, consecuencias y recuperación*. Recuperado de <http://adacca.es/index.php/que-es-un-dca/>
- ADACCA. (2019b). Programa Rehabilitación Integral con Menores.
- ADACEMA. (s. f.). *¿Qué es el DCA?* Recuperado de <http://www.adacema.org/que-es-el-dca/>
- Agredace. (2019). Anoxia y Otras causas de DCA. Recuperado de <http://www.agredace.es/anoxia/>
- Anderson VA 1 , Catroppa C , Haritou F , Morse S , Pentland L , Rosenfeld J , S. R. (2001). *Predictores del resultado agudo infantil y familiar después de una lesión cerebral traumática en niños*. Recuperado de Anderson VA 1 , Catroppa C , Haritou F , Morse S , Pentland L , Rosenfeld J , Stargatt R.
- Bárcena-Orbe, A., Cañizal-García, J. M., Mestre-Moreiro, C., Calvo- Pérez, J. C., Molina-Foncea, A. F., Casado-Gómez, J., ... Rivero-Martín, B. (2006). Revisión del traumatismo craneoencefálico. *Neurocirugía*, 17(6), 495-518. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130147306703141>
- Beatriz, A. S. (2018). *mucho mas que ponerse en lugar del otro*. Recuperado de <https://psicologaiymente.com/psicologia/empatia>
- Beatriz, G. (20018). El DCA infantil es una de las principales causas de interrupción normal del desarrollo. Recuperado de <https://dañocerebral.es/el-dca-infantil-es-una-de-las-principales-causas-de-interrupcion-normal-del-desarrollo/>
- Betina A. Contini N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes . Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades Universidad Nacional de San Luis – Argentina Año*, 7(1), 159-182.
- Caballo, V. E. (1986). Evaluación de las habilidades sociales. *Evaluación conductual: metodología y aplicaciones*, (March). <https://doi.org/10.13140/2.1.3476.6407>
- Caballo, V. E. (2007). *Manual de Evaluacion y Entrenamiento de las Habilidades Sociales* (7.ª ed.; S. XXI, Ed.). Madrid: SIGLO XXI.
- Cabras, V. P. (2013). *_Daño Cerebral Tec Y Cuidadores.Pdf*. 24(1), 27-35.
- Carrillo, G. (2015). *Validacion de un programa lúdico para la mejora de las Habilidades Sociales en niños de 9 a 12 Años*. Universidad de Granada.
- Claudio Soto, A., Pablo Salinas, T., & Gabriela Hidalgo, G. (2014). Aspectos Fundamentales en la rehabilitación post tec en el paciente adulto y pediátrico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 306-313. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70042-2](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70042-2)
- Diab, D. L., Yerian, L., Schauer, P., Kashyap, S. R., Lopez, R., Hazen, L., & Feldstein,

- A. E. (2009). *NIH Public Access*. 6(11), 1249-1254. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2008.07.016>. Cytokeratin
- El Cribó. (2016). *Programa De Rehabilitación De Habilidades Sociales Y Desarrollo De La Autonomía*. Recuperado de <http://elcribo.org/intervencion/rehabilitacion-psicosocial-2/habilidades-sociales-y-desarrollo-de-la-autonomia/>
- Elly, G. M. K. (1982). *CATÉGORIQUES enriched context*, I.
- Ganesalingam, K., Yeates, K. O., Taylor, H. G., Walz, N. C., Stancin, T., & Wade, S. (2011). Executive Functions and Social Competence in Young Children 6 Months Following Traumatic Brain Injury. *Neuropsychology*, 25(4), 466-476. <https://doi.org/10.1037/a0022768>
- García Ramos, M. (2011). Habilidades sociales en niños y niñas con discapacidad intelectual. En *ISBN: 978-84-614-7610-7 Depósito legal: SE 1222-2011*. <https://doi.org/10.1002/marc.201600119>
- González, M. A., Pueyo, R., Maria, J., & Grabulosa, S. (2004). *Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos*. 20, 303-316.
- Guttmann, I. (2016). Traumatismo craneoencefálico (TCE). Recuperado de <https://www.guttmann.com/es/treatment/traumatismo-craneoencefalico-tce>
- Heverly-Fitt, S., Rubin, K. H., Dennis, M., Taylor, H. G., Stancin, T., Gerhardt, C. A., ... Yeates, K. O. (2016). Investigating a Proposed Model of Social Competence in Children with Traumatic Brain Injuries. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(2), 235-243. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv085>
- Integra Daño Cerebral. (2012). Habilidades sociales y daño cerebral adquirido. Recuperado 13 de abril de 2019, de <https://infolesioncerebral.wordpress.com/2012/07/02/habilidades-sociales-y-dano-cerebral-adquirido/>
- Lopez, M. (2008). La integración de las Habilidades Sociales en la escuela como estrategia para la salud emocional. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 3(1851-3441), 16-19.
- Mangione, D. D. De, Carmen, E., & Anglat, D. De. (2002). *18019201 ASeertividad y estilos educativos*.
- Mardones Luco, C. (2016). *Tipologías modales multivariadas en habilidades sociales en el marco de la personalidad eficaz en contextos educativos de educación secundaria chilenos y españoles*. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/40551/>
- Michelson, L., Sugai, D. P., Wood, R. P., & Kazdin, A. E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*.
- Monjas, I. (2010). *Mª Inés Monjas Casares Departamento de Psicología*.
- Pinat, S. E. (s. f.). *Habilidades socioemocionales en niños con parálisis cerebral*.

Universidad de Palermo.

- Rodrigues, L. (2019). *DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO INFANTIL*. Recuperado de <https://www.neurovitalorenarodriguez.es/es/saber-mas/dano-cerebral-adquirido-infantil/>
- Rubin, K. H., & Rose-krasnor, L. (1992). *No Title*. 1-59.
- San Nicolás, S., Iraurgi Castillo, I., Jara Segura, A. B., Azpiri, M., & Urizar Uribe, M. (2006). Revista Chilena de Neuropsicología RCNP. En *Revista Chilena de Neuropsicología*, ISSN 0718-0551, Vol. 6, Nº. 2, 2011, págs. 92-99 (Vol. 6). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/272352257_Neuropsicologia_de_los_efectos_del_traumatismo_craneoencefalico_infantil_en_las_habilidades_sociales
- Sánchez-Cubillo, I., Lertxundi, N., Quemada, J. I. y Ruiz-Ruiz, R. (2007). Trastornos del comportamiento en daño cerebral adquirido. *Acción Psicológica*, 4(3), 101-113.
- Sans, A., Colomé, R., López-Sala, A., & Boix, C. (2009). Aspectos neuropsicológicos del daño cerebral difuso adquirido en la edad pediátrica. *Revista de Neurología*, 48(SUPPL. 2), 23-26.
- Silvio, T. (2010). Habilidades Interpersonales. Recuperado de <http://revista-digital.verdadera-seducion.com/habilidades-interpersonales/>
- Veronica Peralta, Nancy Cuevas, M. R. (s. f.). *Neuropsicología de los efectos de traumatisco craneoencefalico infantil en las habilidades sociales*.
- Vithas. (2017). Programa de habilidades sociales para niños y adolescentes con daño o disfunción cerebral. Recuperado de <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/programa-de-habilidades-sociales-para-ninos-y-adolescentes-con-dano-o-disfuncion-cerebral/>
- Vithas. (2019). Traumatismo Craneoenfalico. Recuperado de <https://neurorhb.com/traumatismo-craneoencefalico/>
- Wilson, B. A., Winegardner, J., & Van Heugten, C. M. (2019). *Rehabilitación neuropsicológica*. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=JR59DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1920&dq=vicki+anderson+daño+cerebral&ots=hfEzEkzlgq&sig=IYltNVk5Tt-pr1AWnUGjODODGdE#v=onepage&q&f=false>
- Yeates, K. O., Bigler, E. D., Dennis, M., Gerhardt, C. A., Rubin, K. H., Stancin, T., ... Vannatta, K. (2007). Social Outcomes in Childhood Brain Disorder: A Heuristic Integration of Social Neuroscience and Developmental Psychology. *Psychological Bulletin*, 133(3), 535-556. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.535>

