

# Impacto de las secuelas cognitivas sobre la conducta y el funcionamiento social: tratamiento neuropsicológico de habilidades sociales

Desde el área de Neuropsicosocial y en el marco de la rehabilitación neuropsicológica, se están realizando grupos de tratamiento dirigidos a la mejora de las funciones cognitivas y su relación con las habilidades sociales. Esta iniciativa empieza ya en el año 2004, en que se comienza a desarrollar un proyecto aplicado a pacientes con daño cerebral adquirido que, tras realizar tratamiento de rehabilitación cognitiva, continuaban presentando dificultades en el ámbito social a causa del impacto que sus déficits cognitivos (atención, memoria y funcionamiento ejecutivo) provocaban sobre su capacidad de interacción social, ya fuese dentro del ámbito familiar, laboral (en aquellos casos en los que se estuviera realizando una reincorporación al entorno laboral) y personal (es decir, en las relaciones de pareja y amistad de los pacientes).

Debido al interés que suscitó en su momento, y al incremento de población con daño cerebral, se consideró la necesidad de retomar dicho tipo de actuación dentro de la intervención neuropsicológica.



**Almudena Gómez**  
Neuropsicóloga  
Área de Rehabilitación NeuroPsicoSocial  
Institut Guttmann



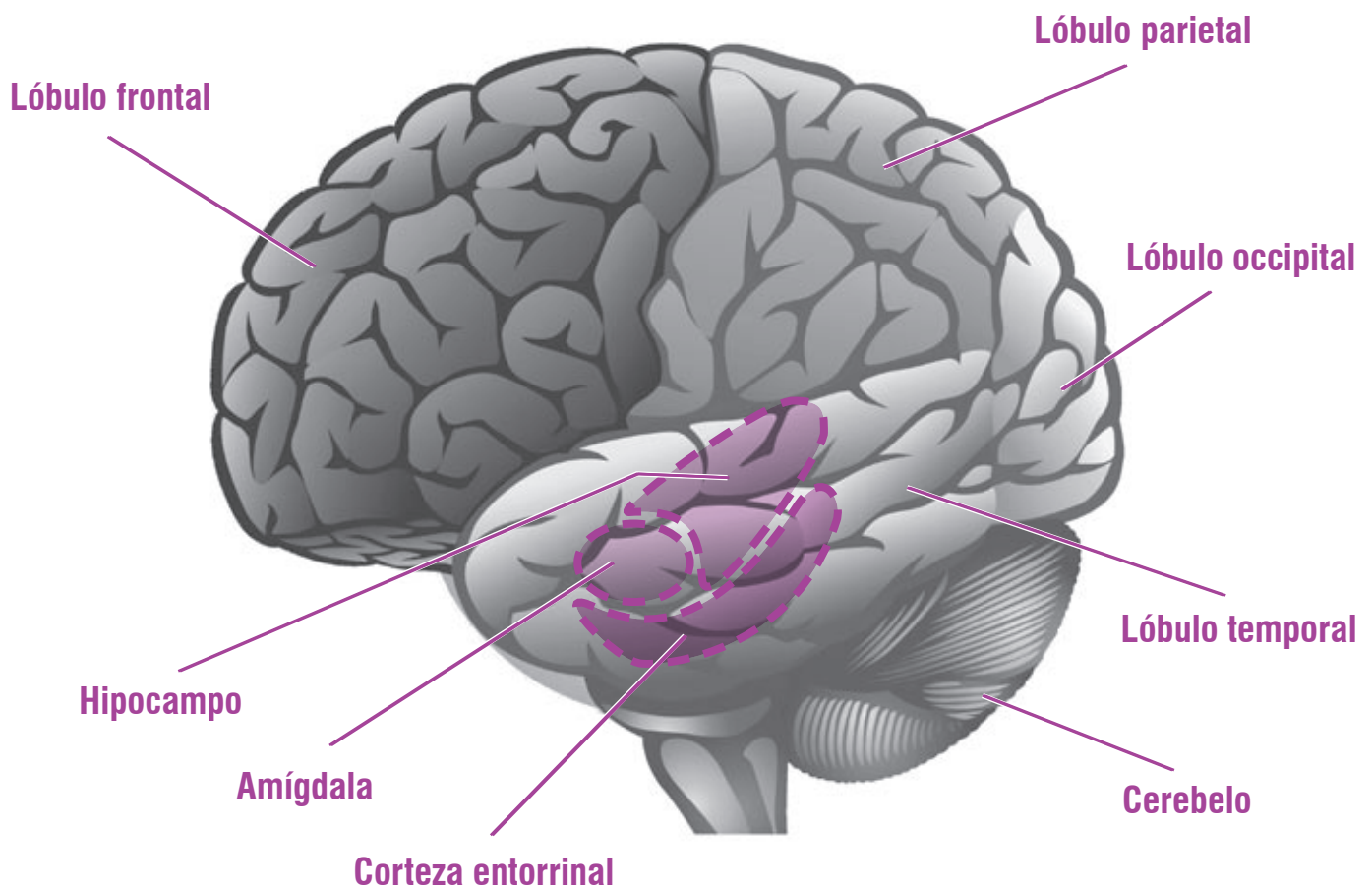
**Pablo Rodríguez**  
Neuropsicólogo  
Área de Rehabilitación NeuroPsicoSocial  
Institut Guttmann

## Antecedentes

El campo de la rehabilitación neuropsicológica aplicado a los problemas de conducta se remonta a principios del siglo XX, momento en el que la escuela soviética, con Luria a la cabeza, desarrolla y comienza a trabajar empleando las técnicas de modificación de conducta con personas que habían sufrido un daño cerebral (Luria, 1963; Luria, Naydin, Tsvetkova, y Vinarskaya, 1969).

A lo largo del siglo XX, diversos autores se centraron en la intervención conductual en pacientes con daño cerebral adquirido, como parte fundamental del tratamiento de

rehabilitación (Goodkin, 1966; Taylor y Persons, 1970). Desde la década de los setenta, el enfoque conductual ha abordado los problemas neurológicos: problemas motores (Ince, 1976), emocionales (Wilson, 1991), conductuales (Alderman, 2001) y cognitivos (Alderman, 2001; Evans, 2001; Wilson, 1992). En la década de los ochenta, las técnicas conductuales se empezaban a aplicar a los problemas cognitivos (Diller, 1980; Wilson, 1981). Durante estos años se desarrolló el debate sobre los planteamientos de restitución frente a sustitución de la función dañada, polémica que continúa en la actualidad.



## Introducción

En los últimos años se ha incrementado el tratamiento de los déficit neuropsicológicos (cognitivos, conductuales y emocionales), ya que años atrás se prestaba más atención a los problemas sensitivomotores (Lippert-Grüner et al., 2006).

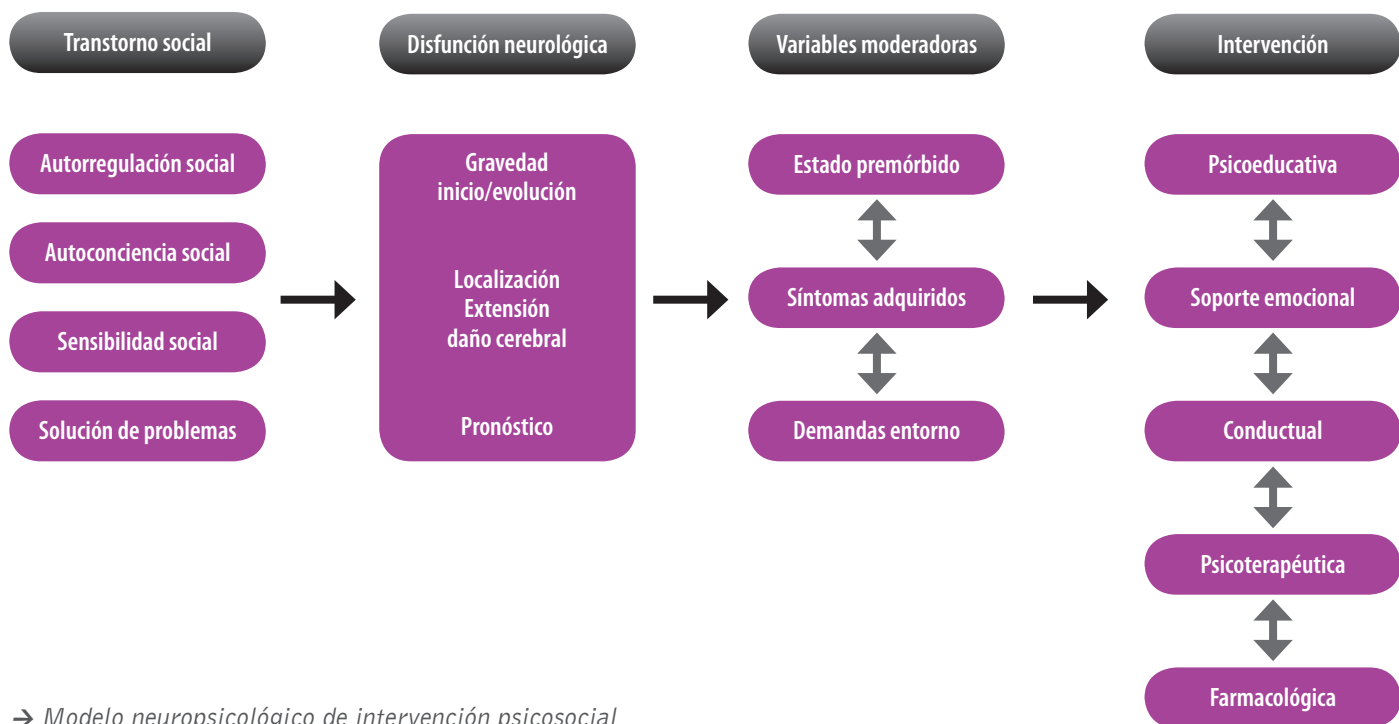
Las secuelas, cognitivas y conductuales, del daño cerebral provocan problemas sociales y familiares. Las dificultades sociales ocasionan problemas más serios de ajuste, adaptación y rehabilitación que las alteraciones físicas, sensoriales y cognitivas (Eslinger, Grattan y Geler, 1995; Eslinger, 2002; Alderman, 2003). Por tanto, se consideran unas de las consecuencias más incapacitantes tras un daño cerebral (TCE) (Macmillan et al., 2002).

Las características previas a la lesión, concretamente los problemas de abuso de sustancias (como el alcohol o las drogas), así como las habilidades sociales anteriores, se relacionan con el tipo de evolución posterior (Macmillan et al., 2002). Los trastornos psicosociales dependerán de diferentes variables, como la naturaleza y gravedad del daño cerebral, el estado premórbido y la relación con las dificultades neurológicas y cognitivas, así como de las demandas del entorno tras la lesión (Eslinger, 2002). Los problemas de habilidades sociales están relacionados con las alteraciones de estructuras del sistema frontolímbico, como el córtex prefrontal, el cíngulo anterior, la ínsula y la amígdala (Bechara, Damasio, Tranel y Damasio, 1997).

Las habilidades sociales hacen referencia a las conductas que una persona realiza con otros individuos y mediante las cuales expresa sus propias emociones, actitudes y opiniones, respetando a los otros y de manera adecuada según la situación, que le ayudan a desenvolverse de forma adaptativa y solucionar problemas o prevenirlos. Se clasifican en básicas y específicas. Las habilidades básicas hacen referencia a conductas relacionadas con el lenguaje verbal y no verbal, como la postura, el contacto ocular, la distancia interpersonal, la capacidad de escuchar, etcétera. Las principales habilidades sociales específicas son la autorregulación, la autoconciencia, la sensibilidad social y la resolución de problemas. La capacidad de autorregulación se entiende como un continuo donde hay un polo negativo, en el que se situarían la abulia, la bradipsiquia, la pseudodepresión y la pérdida de interés social, y otro polo positivo, en el que se situarían la desinhibición social y la impulsividad (Eslinger, 2002). Los problemas del polo negativo y positivo provocarán problemas de interacción social. Las principales dificultades de autorregulación son los problemas de iniciación, inhibición, intensidad y duración de las interacciones sociales.

La autoconciencia, es decir, el conocimiento de uno mismo, es otra de las habilidades sociales específicas. Los problemas en esta área se relacionan con las lesiones del lóbulo frontal y se ponen de manifiesto al alterarse los mecanismos de *feedback* que permiten al individuo reconocer la diferencia entre las capacidades

# Neurorrehabilitación



que tiene, las esperadas en las tareas por realizar y las relacionadas con las demandas del entorno (Dixon y Backman, 1999). Las personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico pueden presentar dificultades para reconocer los cambios en las capacidades de la propia persona, problemas para identificar las propias habilidades y debilidades, baja capacidad de tolerancia y frustración (Ownsworth y Clare, 2006).

La sensibilidad social hace referencia a la capacidad de reconocer las propias emociones y las de los demás, se relaciona con la empatía y asertividad. Con frecuencia las dificultades de habilidad social dan lugar a problemas de este tipo, tanto en el ámbito familiar como con el resto de entornos de la sociedad.

Otra de las habilidades sociales específicas sería la capacidad para solucionar los problemas. Las principales dificultades se centran en identificar problemas y objetivos, generar alternativas, simplificar los problemas, valorar su forma de resolverlos, generalizar los aprendizajes y la baja autoconfianza.

## Tratamiento

El tratamiento neuropsicológico de habilidades sociales tiene como objetivo general potenciar el nivel cognitivo de la persona, incrementar las habilidades sociales, controlar las conductas no adaptativas, aumentar la autoestima, generalizar los avances y, por tanto, mejorar la funcionalidad e independencia de las personas en sus actividades de la vida diaria.

El tratamiento en habilidades sociales que estamos desarrollando en el departamento de Neuropsicología del Institut Guttmann se realiza en pequeños grupos con el objetivo de personalizar el tratamiento y debido a que las características conductuales y cognitivas de los pacientes desaconsejan gru-

pos de mayor tamaño. La duración del tratamiento es de seis meses aproximadamente, con una frecuencia de dos sesiones semanales de una hora.

Los pacientes que, tras realizar rehabilitación cognitiva informatizada, presentan alteración de la conducta y las habilidades sociales confirmada por la familia, formarán parte de los grupos de tratamiento de habilidades sociales, siempre que presenten un perfil neuropsicológico similar.

Tanto al inicio como al final del tratamiento se administran una batería de pruebas neuropsicológicas, como por ejemplo cuestionarios de valoración de las habilidades sociales, con el objetivo de establecer una línea básica y valorar los cambios en el perfil cognitivo-conductual que hayan podido experimentar los sujetos a lo largo del tratamiento.

El tratamiento se centra en las habilidades sociales básicas y específicas, pero también se realizan ejercicios cognitivos de atención, memoria y funcionamiento ejecutivo destinados a mejorar las habilidades cognitivas de los pacientes e incrementar el grado de funcionalidad y, por tanto, el impacto sobre la calidad de vida tanto para ellos como para sus familias.

Este tipo de intervención requiere la participación activa de las familias durante el proceso de rehabilitación, debido, principalmente, a dos razones fundamentales:

→ El impacto emocional que el daño cerebral supone para los miembros de la familia, principalmente para el cuidador principal.

→ El mayor reconocimiento del papel que ejercen los familiares, como apoyo y asistencia durante el periodo de recuperación y a lo largo del tiempo (Muñoz-Céspedes, Tirapu, 2001).

SR