

**GUÍA DE MANEJO COGNITIVO Y CONDUCTUAL
DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL**
Manual para profesionales que trabajan en
la rehabilitación de personas con daño cerebral



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
POLÍTICA SOCIAL Y DEPORTE

SECRETARÍA DE ESTADO
DE POLÍTICA SOCIAL



GUÍA DE MANEJO COGNITIVO Y CONDUCTUAL
DE PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL
Manual para profesionales que trabajan en
la rehabilitación de personas con daño cerebral

Colección Manuales y Guías
Serie Dependencia
Nº 32004

AUTORES DEL PROYECTO:

Álvaro Bilbao y José Luis Díaz. CEADAC - Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral. IMSERSO

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
<http://www.060.es>

DISEÑO DE LA COLECCIÓN:

Onoff Imagen y Comunicación
Primera edición, 2008

EDITA:

Ministerio de Educación, Política Social y Deporte
Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
Avda. de la Ilustración s/n, c/v Ginzo de Limia, 58 - 28029 Madrid
Tel. 91 363 89 35 - Fax 91 363 88 80; 91 363 89 73
E-mail: publicaciones.imserso@mtas.es

NIPO: 661-08-007-4

D.L.: M-35164-2008

Realización: ARTEGRAF, S.A.

Índice

Presentación	7
PARTE I. Manejo cognitivo de personas con daño cerebral	9
PARTE II. Principios básicos de modificación de conducta	27
PARTE III. Problemas de comportamiento más habituales en daño cerebral ..	45

Presentación

La rehabilitación de la persona con daño cerebral es una labor de equipo. El equipo de rehabilitación de personas con daño cerebral está formado por Médicos, Neuropsicólogos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Fisioterapeutas, Logopedas, Terapeutas de Ocio, Terapeutas Deportivos, Técnicos de reinserción laboral, Enfermeros y Auxiliares de enfermería. Todos ellos sin excepción deben trabajar de manera conjunta al lado del paciente y de su familia para ayudar a conseguir los objetivos de la rehabilitación. De esta manera, el hecho de que un paciente vuelva a caminar, vestirse, recordar las actividades realizadas o relacionarse socialmente es responsabilidad y mérito de todas las personas que han trabajado por su rehabilitación.

El manejo de los pacientes que han sufrido una lesión cerebral es una tarea compleja. A diferencia de otros pacientes que acuden a los servicios de rehabilitación, las personas con daño cerebral sufren dificultades cognitivas y conductuales que requieren un manejo específico. El conocimiento de técnicas específicas de comunicación y solución de problemas para pacientes con daño cerebral no sólo facilita el manejo de estos pacientes y permite su rehabilitación sino que supone una parte imprescindible, y por tanto esencial, de la rehabilitación de estos pacientes. Es por ello que las funciones y labores de todos estos profesionales no se limitan a la ejecución de técnicas básicas de cuidado y rehabilitación sino que requieren una implicación total con la persona a la que estamos ayudando y con su programa y objetivos de rehabilitación.

El objetivo de este manual es el de dar a conocer y facilitar el aprendizaje de técnicas de comunicación y de manejo de situaciones delicadas que permitan una mayor implicación del paciente en las actividades cotidianas de su rehabilitación, que faciliten una mayor y más pronta recuperación y en definitiva que nuestro trabajo con estos pacientes sea más profesional, sencillo y satisfactorio.

Parte I

Manejo cognitivo de personas
con daño cerebral

Por Álvaro Bilbao

1. INTRODUCCIÓN

¿A qué llamamos Daño Cerebral Adquirido?

El daño cerebral ocurre cuando un agente externo (un objeto contra el que nos golpeamos la cabeza) o un agente interno (una hemorragia) alteran el funcionamiento del cerebro de una forma más o menos brusca.

¿A quién le ocurre?

Una lesión cerebral le puede ocurrir a cualquier persona. Me podría ocurrir a mí y te podría ocurrir a ti.

Es muy importante tener muy claro que la persona con daño cerebral está acostumbrada a tener una vida normal, a ser autónoma en su cuidado y en sus decisiones y por ello, debemos ser muy cuidadosos en la forma de tratarlos. También es muy importante tener claro que la persona que ha sufrido una lesión de este tipo no tiene ninguna culpa de lo que le haya pasado. Nadie se merece sufrir una lesión cerebral.

¿Qué consecuencias tiene para el cerebro?

Una lesión cerebral provoca que algunas neuronas mueran, pero además ocurren otras cosas como edemas, cambios proteínicos y genéticos en el interior de la célula y otros problemas que provocan que las neuronas no se comuniquen entre sí de la manera adecuada. El equipo de rehabilitación puede ayudar con su manera de trabajar con cada paciente a que el proceso de recuperación neuronal sea más rápido.

¿Qué consecuencias tiene para la persona?

Las personas que sufren una lesión cerebral pueden tener problemas físicos (por ejemplo dificultades para caminar), sensoriales (dificultades de visión o audición), de comunicación (dificultades para comprender o expresarse), y dificultades cognitivas. De todos esos problemas, los físicos son los únicos que se ven. Los sensoriales, cognitivos y de comunicación NO SE VEN, por lo que pueden pasar desapercibidos. Por ello, la información del personal de terapia es fundamental para poder tratarlos de la mejor manera posible. El buen trabajo del equipo de rehabilitación hace que estas secuelas sean las mínimas posibles.

¿Qué consecuencias tiene para la familia?

Las familias sufren mucho por varios motivos. En primer lugar suelen estar agotados, tanto física como mentalmente (cuidar de una persona con DC requiere de mucho esfuerzo). Pero las familias también sufren porque tienen mucha preocupación por el futuro de su ser querido. A veces este sufrimiento hace que estén más nerviosos. Estas situaciones de nerviosismo las debemos manejar con profesionalidad, manteniendo la calma, explicando nuestras limitaciones y derivando a la familia a hablar con el profesional correspondiente para aclarar sus dudas. El buen trabajo del equipo de rehabilitación hace que el sufrimiento de las familias sea menor.

¿Qué consecuencias tiene para la sociedad?

El daño cerebral exige un tratamiento prolongado y unos altos costes de los servicios sanitarios y sociales. Las secuelas que provoca obligan a que se destinen recursos sociales con su consiguiente coste económico. El buen trabajo del equipo de rehabilitación provoca que el grado de discapacidad de las personas con daño cerebral sea inferior y el coste de su cuidado sea menor para la sociedad.

¿Cómo puede ayudar el equipo de enfermería?

El equipo de enfermería ayuda realizando todos los cuidados del paciente que son necesarios para que participe en su rehabilitación. Sin los cuidados del equipo de enfermería el paciente no podría rehabilitarse.

Pero también es muy importante que el equipo de enfermería sea consciente de que la manera en que realice sus funciones va a determinar la mejor o peor recuperación del paciente. Elegir una u otra manera de comunicarse, mostrar una actitud u otra ante un problema concreto o elegir uno u otro tema de conversación con un paciente va a permitir que su recuperación sea más o menos favorable.

El objetivo de esta guía es que conozcas algunas técnicas que harán tu trabajo con personas que tienen daño cerebral más eficaz, porque leyéndola con cuidado y poniendo estas técnicas en práctica:

- Tu trabajo será más sencillo ya que encontrarás menos problemas en el manejo de estos pacientes.
- Ayudarás más a las personas con las que trabajas.
- Tu grado de satisfacción en el trabajo será mayor.

2. COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

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.

La pauta de oro para comunicarse con un paciente con daño cerebral

Asegúrate de que te ha entendido o que has comprendido lo que te han querido decir. La manera más fácil de asegurarte es preguntando a la persona si ha entendido u observando si la conducta del paciente indica que ha entendido.

Problemas de comprensión del lenguaje

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. En cualquier caso, siempre debemos preguntar al equipo de rehabilitación cuál es la mejor estrategia a seguir.

Problemas de atención

La inmensa mayoría de pacientes con daño cerebral tienen problemas para prestar atención a las cosas (incluido lo que les decimos). Generalmente tienen más problemas cuanto más cerca están del día de haber sufrido su lesión. Con estos pacientes es importante asegurarnos antes de hablarles que nos están prestando atención, por ejemplo diciendo su nombre (sabremos que lo hacen porque, por ejemplo, nos miran). Como a todas las personas, pero a estos pacientes en mayor medida, les molesta que haya ruidos a su alrededor o que haya mucho barullo (por eso es conveniente dirigirse a ellos apagando la tele o la radio y hablar sólo una persona cada vez). Ya que les cuesta mantener la atención es buena idea utilizar frases cortas y claras más que largas explicaciones.

Concentración y 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 impor-

tante, 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.

Memoria

A veces la falta de memoria hace que un paciente tenga dificultades para comprendernos o hacernos caso. Si hacemos referencia a una cosa que pasó el otro día, es posible que no lo recuerde y no entienda de qué va la conversación.

Razonamiento abstracto

Con algunos pacientes con daño cerebral es importante tener en cuenta que pueden tener dificultades para comprender frases con doble sentido, expresiones irónicas, oraciones gramaticalmente complejas o ideas y conversaciones demasiado complicadas. Con estos pacientes lo más adecuado suele ser utilizar expresiones sencillas, hablar claro y no dar doble sentido a las cosas.

En la siguiente página puedes ver algunas de las técnicas que puedes utilizar para comunicarte con los pacientes en función del grado de afectación de sus funciones cognitivas.

En cualquier caso es importante que saber cuáles son las mejores técnicas a seguir puede ser complicado. Algunos pacientes se quejan de que las personas les tratan como si fueran tontos, cuando no lo son.

RECUERDA

Pide consejo a los coordinadores si tienes dificultades con algún paciente concreto.

Preguntar al propio paciente:

- Si te entiende bien.
- Si lo que has entendido es lo que quería decir.
- Si hablas demasiado rápido, despacio, complicado o sencillo para que te comprenda.

3. MANEJO DE 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. ¿Sabías que la mayoría de los pacientes que pueden llevar una vida independiente después de una lesión cerebral refieren que todavía les cuesta mucho prestar atención a una persona que les está hablando cuando hay barullo o ruido en la habitación? ¿Te habías parado a pensar alguna vez lo difícil que puede ser para un paciente que está mucho más afectado por la lesión entenderte cuando le hablas con la televisión encendida o en un lugar donde hay mucho ruido?

Es importante seguir las pautas de comunicación que os hemos dado anteriormente para comunicarnos con personas con problemas de atención. 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.

RECUERDA

Intenta ser consciente siempre de que el entorno del paciente sea el adecuado para que pueda prestarte atención.

4. MANEJO DE LOS PROBLEMAS DE MEMORIA

Casi la totalidad de personas que sufren una lesión cerebral tienen problemas de memoria. Estos problemas de memoria les dificultan mucho:

- Relacionarse con otras personas (recordar sus nombres, conversaciones que han tenido con ellas, lo que les molesta, una cita con alguien).
- Aprender a hacer las cosas (recordar un truco para vestirse o asearse, cómo se va a un sitio, recordar lo que se puede y no se puede hacer).
- Ocuparse de sus cosas y cuidar de ellos mismos (acordarse de lo que querían hacer, tomar su medicación, saber dónde han dejado sus cosas)

Algunos consejos prácticos

Ayuda al paciente a situarse: Muchas personas que sufren una lesión cerebral, sobre todo al principio no saben ni dónde están ni con quién, ni el día, el año o la hora que es. ¿Te imaginas cómo te sentirías tú si de repente te encontraras en un lugar desconocido y viniera de repente una desconocida y te dijera que te va a llevar a una salita a ver la televisión? Seguramente te sentirías perdido y muy asustado. Muchas personas asustadas se enfadan y se ponen agresivas. Puedes ayudar a los pacientes con los que trabajas a sentirse menos asustados ayudándoles a situarse. Decirles tu nombre antes de trabajar con ellos puede ser una buena costumbre “Hola ¿cómo estás?, me llamo ____”. Seguro que les ayuda a sentirse más tranquilos. También les puedes decir dónde están (en una unidad de daño cerebral) y por qué están allí (para ponerse bien). Es muy recomendable aprovechar cualquier momento (mientras se hacen las actividades del día a día) para recordarles el año, el mes y el día en el que nos encontramos. Si les vemos un poco nerviosos también puede ser buena idea decirles dónde están sus seres queridos y cuándo los verán. Si sigues estas recomendaciones, muy probablemente los pacientes que trabajen contigo estarán menos asustados, serán menos agresivos y se recuperarán antes y mejor.

Repite muchas veces lo mismo: Repite las veces que haga falta las cosas importantes, como la fecha, dónde está, cuándo va a ver a su familia, qué hace aquí. Intenta guardar las cosas siempre en el mismo sitio, utiliza el mismo camino para ir a los sitios. Siendo consistente y repetitivo el paciente desorientado se orientará con mayor facilidad.

Ayuda a la persona a saber lo que va a pasar: La persona con problemas de memoria puede estar menos asustada, nerviosa y agresiva si le explicas lo que va a hacer y le ayudas a tener claro su agenda de actividades futuras. Le permite sentirse un poco más seguro y saber lo que le va a pasar.

Si la persona utiliza alguna agenda o libro de memoria: Puede ser importante que la persona necesite que le ayudemos a escribir lo que acaba de hacer o le demos tiempo para que lo escriba. Si tenemos un rato con esa persona puede ser buena idea preguntarle que mire en su

agenda y nos cuente lo que acaba de hacer, lo que ha comido hace un rato o con quién ha estado. Si vemos que la persona responde sin problema le podemos preguntar por cosas que hizo hace más tiempo como por ejemplo hace unas horas o el día anterior. Otra cosa que puede ayudar mucho a estos pacientes es pedirles que nos cuenten que tal ha sido su día y recordar alguna cosa que ha pasado antes de que se vayan a dormir.

RECUERDA

La persona con problemas de memoria se siente perdida y confundida. A veces por eso se puede mostrar agresiva. Tú le ayudas a sentirse menos perdida:

- Situándole.
- Recordándole su agenda.
- Acostumbrándole a rutinas.
- Recordando con él lo que ya ha hecho.

Se sentirá más tranquilo, menos asustado y menos nervioso. De esta manera será más fácil hacer tu trabajo con él y la recuperación de su memoria será más rápida y eficaz.

5. MANEJO DE PROBLEMAS DE FUNCIONES EJECUTIVAS

Los neuropsicólogos llamamos funciones ejecutivas al conjunto de funciones del pensamiento que ayudan a dirigir la empresa que es la propia persona. En este sentido estas funciones del pensamiento serían el equipo de ejecutivos de la empresa. Los ejecutivos deciden las grandes metas de la empresa (quiero rehabilitarme), así como las pequeñas metas (quiero llegar a tiempo a la próxima terapia), planifican cómo se van a conseguir estas metas (tengo que estar pendiente del reloj para no salir tarde y coger mi horario y mi móvil cuando salga y buscar en el plano dónde está la terapia), controlar los impulsos que impiden que se consigan las metas (me apetece quedarme en la cama porque estoy muy a gusto, pero voy a controlar estas ganas y voy a ir a la terapia), supervisar cómo se hacen las cosas (¡Vaya! Yo creía que me iba a dar tiempo a llegar a la terapia en un minuto, pero con lo despacio que voy he tardado cinco) y corregir los errores (el próximo día salgo 5 minutos antes).

Como puedes darte cuenta al leer esto hacer casi cualquier actividad requiere poner en juego muchos mecanismos mentales distintos. Por eso es tan normal que cometamos errores en nuestro día a día. Pues bien, para una persona con daño cerebral los errores son mucho más frecuentes y en nuestras funciones como profesionales del daño cerebral debemos incluir:

- Comprender que las personas se equivoquen.
- Ayudar a que se equivoquen menos.
- No hacer sentir mal a la persona que no puede hacer las cosas mejor.

Algunos consejos prácticos

Ayuda al paciente a decidir lo que quiere

Ayúdale a que tenga claro los beneficios de la rehabilitación. A que elija lo que quiere hacer (si ver una revista, qué canal de televisión, lo que le gustaría hacer el fin de semana).

Ayuda al paciente a ponerse en marcha:

Si le cuesta, puedes utilizar trucos: “a la de tres”, “venga... vámonos” u otras formas de expresarte de una manera cooperativa.

Ayuda al paciente a planificar

Ayúdale a que piense en el futuro, planificando con él lo que se va a poner al día siguiente, a que piense cuánto tiempo necesita para prepararse, o a que piense por la mañana si hay algo importante que tiene que hacer.

Ayúdale a controlarse

Antes de empezar a hacer una cosa (vestirse, responder una pregunta sobre su día o ponerse a comer), pídele que lo haga poco a poco, paso a paso, con cuidado, que hable despacio, que piense antes de contestar o que intente recordar lo que hizo mal la última vez. Dile, con calma, que si hace las cosas así seguramente le saldrán mejor las cosas y no las tendrá que repetir. Recuérdale que es importante para su rehabilitación.

Ayúdale a supervisar

Cuando esté haciendo una tarea, pídele que se fije en los pasos que está siguiendo y que piense si le está saliendo como él quiere.

Ayúdale a corregir:

Cuando algo le salga mal, le puedes preguntar, "¿Porqué crees que ha salido mal?" o "¿Qué crees que puede hacer distinto la próxima vez?"

RECUERDA

Comunicarse de una manera cooperativa no te costará un esfuerzo extra. Al contrario, sólo facilitará tu trabajo, porque el paciente será más proclive a ayudarte, más comprensivo, será más flexible y razonable y cometerá menos errores.

Si puedes, practica con tus compañeros y todas las semanas pon a prueba alguna técnica nueva.

6. COMUNICACIÓN COOPERATIVA

Se ha descubierto que diferentes personas tienen distintas maneras de comunicarse con los niños. También se ha descubierto que algunas de estas formas de comunicarse con los niños son muy útiles a la hora de ayudar en la rehabilitación de personas con daño cerebral.

A esta forma de comunicarse se le llama comunicación cooperativa. Consiste en implicar y hacer partícipe a la otra persona de lo que le decimos y proponerle hacer juntos una actividad. Si quieres que tu trabajo sea más fácil para ti y más eficaz practica con tus compañeros y con los propios pacientes algunos de estos consejos:

Haz de la tarea un trabajo de equipo

La persona querrá colaborar más si ve que va a estar acompañado y que es un trabajo de dos. Utiliza expresiones como: "¿Por qué no hacemos esto?" "Vamos a ver esto", "¿Me ayudas a hacer esto?" o "¿Qué podríamos hacer para arreglar este problema?".

Implica a la persona en la actividad

Haciendo a la persona más partícipe de una actividad se implicará y ayudará más. Puedes utilizar expresiones como: "¿Te has fijado en...?" "¿Tienes alguna pregunta?" "Es muy bonito, ¿verdad?"

Ofrécele libertad

A nadie le gusta que le obliguen, le manden o le ordenen. Si ofreces libertad a una persona para que se decida a participar en una actividad será más probable que te haga caso. Puedes utilizar expresiones como: "¿Qué te parece si...?" "¿Te parece bien si...?" "¿Cuál te gusta más?" "¿Te parece bien?" "¡Elige tú!". Utilizar estas expresiones te ayudará a que el paciente esté más motivado y a que desarrolle su capacidad de decisión.

Explícale las cosas

Le ayudará a entender mejor lo que pasa a su alrededor, a estar más tranquilo y a desarrollar su capacidad de razonamiento. Puedes utilizar estas expresiones: "¿Porqué crees que estás cansado?" "Vamos a ponernos el abrigo porque hace frío" "Se ha roto porque hemos tirado muy fuerte" o "Esto sirve para".

Ayúdale a pensar

Le estarás ayudando a resolver problemas y ser más autónomo. Utiliza expresiones como: "¿Cómo crees que podríamos?" "¿En qué se parecen?" "¿Qué es más importante?"

Ayúdale a prever lo que va a pasar

Cometerá menos fallos y acabará las tareas antes. Puedes usar estas expresiones: "¿Qué crees tú que pasará?" "¿Tu crees que llegará?" "¿Cuánto tiempo crees que vas a tardar?"

Ayúdale a ver los fallos

Expresándote de esta manera le ayudarás a que se dé cuenta de los fallos sin señalárselos de una manera que le haga sentir mal. Puedes utilizar expresiones como: "Eso está bien, pero puede estar mejor ¿se te ocurre otra manera de hacerlo?" "No nos ha salido muy bien, ¿eh?"

7. LO QUE NO SE DEBE HACER

Cualquier persona en su vida diaria y más en su trabajo, experimenta estrés y frustraciones. Sin embargo, es un trabajo duro que pone a una persona en situaciones complicadas y a veces difíciles de resolver.

En esta guía, aparecen algunas ideas y ayudas que os pueden facilitar mucho vuestro trabajo y hacer que se produzcan menos situaciones de estrés.

No pierdas el respeto jamás. Recuerda que las personas con las que trabajas no tienen la culpa de lo que les ha pasado, son personas como tú y antes de la lesión llevaban una vida normal. Si dependiera de ellos, ahora mismo volverían a hacer la vida que hacían antes. Además, son sus necesidades de rehabilitación las que te dan de comer. Siéntete agradecido por poder trabajar con ellos y hazte merecedor de todo su respeto.

No grites nunca a una persona con daño cerebral, (en general, no debes gritar nunca a nadie con el que quieras tener una buena relación profesional o personal). Sólo hará que la persona se ponga más nerviosa y que el problema sea más difícil de resolver.

No amenaces o chantajees nunca. Amenazar sólo hace que el paciente se ponga más nervioso y el problema será más difícil de resolver. Pero amenazar tiene otro peligro. Si amenazas a una persona con una cosa que no vas a poder cumplir el paciente sabrá que no puede confiar en tu palabra.

No confraternices demasiado. En algunos momentos en tu trabajo tendrás que poner límites a las personas con las que trabajas. Si tu relación con estas personas es demasiado amigable, puede que poner límites sea complicado para ti y entenderlos difícil para ellos. Recuerda que el respeto que tengan por ti lo obtendrán por tu profesionalidad y que es tu mejor herramienta de trabajo. La cercanía y la amabilidad son otras herramientas muy importantes, pero deben ser siempre secundarias al respeto y no confundirse nunca con la confraternización.

No les trates como si fueran niños. El hecho de que una persona no se acuerde de las cosas bien no quiere decir que no le guste ser tratado con respeto y ser tenido en cuenta. En todo lo que puedas, trátalos como personas adultas. Si tienes que llevar a una persona en silla a un sitio, recuerda que a quien vas a mover es a la persona y no a la silla. Dile siempre a dónde va. Pregúntales sus preferencias, mantenles informados de todo lo que les pueda influir, a ti también te gustaría saber lo que está pasando o va a pasar contigo.

RECUERDA

Tú eres una parte imprescindible del equipo de rehabilitación y la manera en la que desempeñes tu trabajo repercutirá en la mejor o peor recuperación de los pacientes.

Mantén la calma en todo momento para que todos tengan claro que tú tienes el control. Sonríe todo lo que puedas para que a los pacientes les guste trabajar contigo.

Los años de experiencia nos han demostrado que aquellos auxiliares y profesionales que tratan con mayor respeto y profesionalidad a los pacientes son los mejor tratados por esos pacientes y los que menos problemas tienen con ellos.

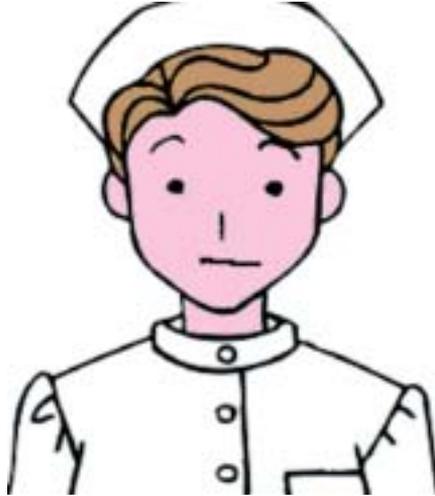
Trabajar con pacientes con daño cerebral puede ofrecer grandes satisfacciones a una enfermera, a una auxiliar de enfermería o a un terapeuta. Cada paciente que sale caminando, o vuelve a su empleo habitual, lo hace gracias al trabajo del equipo de rehabilitación en su conjunto del que cada componente (terapeutas, equipo de enfermería) es una parte imprescindible.

Tú eres una parte imprescindible, haz el máximo de tu trabajo.

Estrategia para comunicarse con la persona con lesión cerebral

	Dificultad Severa	Dificultad Moderada	Dificultad Leve
Guía general	Decir las cosas claras Ser conciso Ser directivo y ordenado Ayudar explicando las cosas	Ser claro y breve Dar ejemplos Ser directivo Ayudar a que él dé una explicación	Hablar con normalidad Dar descansos si necesario Ayudar si es necesario
Comprensión	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
Atención	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
Concentración y fatiga	Conversaciones cortas Descansar si se fatiga Aprovechar los ratos en los que está más despierto (mañanas)	Conversaciones cortas y concretas	Ofrecer descansos Bajar el nivel de exigencia y ofrecer ayudas / pistas si vemos que está cansado
Memoria	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
Abstracción	Hablar de cosas sencillas Dar ejemplos Si hablamos de alguien decir su nombre Hacer frases que sean claras (p.ej. decir "¿Me ayudas a ordenar esto? , y no: "¿Porqué no me ayudas a ordenar?")	No hablar de cosas muy abstractas (el IPC ha subido unos puntos; van a subir los impuestos) Frases claras: p.ej. decir "¡Que graciosa es tu tía María! ¿verdad?", y no: "¡Cómo es tu tía !" (sobrentendiendo graciosa y María)	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. "¿Qué crees que quiere decir eso? "¿Porqué crees que han dicho que...?"

NO SABES QUÉ HACER Y TE SIENTES
PEQUEÑO ANTE LOS PROBLEMAS



UTILIZA ESTA GUÍA Y PREGUNTA A LOS COORDINADORES
LO AGRADECERÁS



Parte II

Principios básicos de modificación
de conducta

Por José Luis Díaz y Álvaro Bilbao

1. PRINCIPIOS BÁSICOS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

1.1. ¿Para que sirve la modificación de conducta?

Las técnicas de modificación de conducta tienen como objetivo promover cambios en la conducta de las personas utilizando técnicas de valoración e intervención. Se utiliza tanto para hacer que una persona realice con más frecuencia una conducta que creemos positiva para esa persona (conducta adaptativa) o para que haga con menos frecuencia una conducta que creemos negativa para esa persona (conducta desadaptativa).

En rehabilitación de daño cerebral podemos utilizar las técnicas de modificación de conducta para la adquisición o el incremento de comportamientos adaptativos para la rehabilitación o para su vida diaria (por ejemplo, estar concentrado en una actividad, subir las escaleras solo, seguir las instrucciones de otra persona, poner la mesa,...).

La rehabilitación de personas con daño cerebral también se utiliza para la desaparición o reducción de comportamientos que no son adaptativos (por ejemplo, interrumpir innecesariamente en una actividad, pedir ayuda para comer pudiendo hacerlo solo, insultar o pegar a otra persona, permanecer aislado en el momento de hacer actividades con otras personas...).

1.2. ¿Qué es una conducta?

Conducta es aquello que se puede observar.

Por ejemplo NO son conductas cuando decimos: "es agresivo", "está deprimido", "no colabora"...

Por ejemplo SÍ son conductas cuando decimos: "insultó a Luis ", " llora", "dice que no quiere mover la pierna"...

1.3. ¿Qué provoca una conducta en las personas que tienen una lesión cerebral?

Como en todas las personas hay muchos factores que provocan una conducta en personas con daño cerebral. Los fisiológicos, los emocionales, los racionales, la personalidad y la historia de aprendizajes personales.

1.3.1. Factores fisiológicos, emocionales, racionales y de personalidad

Cuando una persona tiene hambre, come. Cuando su cuerpo experimenta miedo, se prepara para huir o para pelear (estas son respuestas fisiológicas). Cuando una persona está triste o disgustada puede llorar o negarse a ser colaborador (estas son respuestas motivadas por la emoción). Cuando una persona no es capaz de ver que tiene dificultades cognitivas o está apático

será poco participativo en las actividades (estas son respuestas motivadas por la razón). Cuando una persona es muy responsable trabajará concienzudamente y si es una persona confiada se relacionará con tranquilidad (estas son conductas motivadas por la personalidad).

Como ya sabemos muchas personas con daño cerebral pueden tener alteradas sus funciones fisiológicas, emocionales, racionales y de personalidad, por lo que en estas personas es habitual que aparezcan conductas desadaptativas.

A pesar de que hay muchos factores que intervienen en la aparición de las conductas la respuesta que reciban estas conductas determina en gran medida que estas conductas se repitan. En otras palabras el ambiente determina las respuestas de la persona.

1.3.2. Importancia del ambiente en la aparición y mantenimiento de las conductas

En este punto uno se puede preguntar: ¿Si las conductas vienen motivadas por factores como los emocionales, racionales o de personalidad, que tardan mucho tiempo en recuperarse, cómo va a ser posible que modifiquemos esas conductas en poco tiempo?

Es una muy buena pregunta y la respuesta es la siguiente: los factores fisiológicos, emocionales, racionales y de personalidad motivan las conductas, es decir, dicen a la persona que hay un problema al que tiene que buscar la solución. Pero hay muchas maneras (muchas conductas) de intentar solucionar un problema. Si yo me enfado con un compañero, puedo hacer muchas cosas para arreglar ese enfado: pegarle para que sepa que si me vuelve a fastidiar le va a salir caro, no hablarle para que sepa que me ha molestado, evitarle para no entrar en más conflictos con él o hablar con él para intentar llegar a un entendimiento y evitar que volvamos a tener el mismo problema.

Con frecuencia la respuesta del ambiente (en este caso de los profesionales que trabajan con personas con daño cerebral) puede favorecer que las conductas desadaptativas se repitan o se dejen de repetir. Ya que el paciente tiene dificultades para entender cuál es la respuesta más adecuada, es responsabilidad del equipo de rehabilitación favorecer que estas conductas desadaptativas sean menos frecuentes y que las adaptativas sean más frecuentes.

Los estudios de rehabilitación han puesto de manifiesto que la modificación de conducta es una técnica tan importante como la fisioterapia, la logopedia o los cuidados de enfermería en la rehabilitación de la persona con daño cerebral.

Un ejemplo sencillo para ver cómo una respuesta puede condicionar nuestra conducta es el de la respuesta que podemos recibir cuando saludamos a una persona.

Veo a una persona conocida ----- **la saludo** ----- me contesta.

Veo a una persona conocida ----- **la saludo** ----- me insulta.

Veo a una persona conocida ----- **la saludo** ----- no me contesta.

¿En qué caso mi respuesta será volver a saludar a esa persona?

¿En qué caso mi respuesta será no volver a saludar a esa persona?

¿En qué caso mi respuesta será enfadarme y ponerme agresivo?

Otro ejemplo:

Un paciente me grita o insulta porque quiere algo (puede ser una cosa positiva, como ir al servicio en un momento en el que puede ir o negativa, ir al servicio cuando no está pautado).

El paciente quiere algo ----- me grita ----- **hago lo que me dice.**

El paciente quiere algo ----- me grita ----- **le grito yo a él.**

El paciente quiere algo ----- me grita ----- **no le miro ni contesto.**

¿En qué caso su respuesta será volver a gritar cuando quiera algo?

¿En qué caso su respuesta será enfadarse y ponerse agresivo?

¿En qué caso intentará la próxima vez pedir las cosas sin gritar?

RECUERDA

Tus respuestas ante una conducta negativa del paciente pueden hacer que esa conducta desaparezca. Tus respuestas ante una conducta positiva pueden hacer que se repita con más frecuencia.

1.4. Las consecuencias de la conducta pueden ser:

- **Positivas:** hacen más probable que se repita la conducta (refuerzo).
Ej: cuando **un niño dice sus primeras palabras** le sonreímos, le decimos "muy bien"...
- **Negativas:** hacen más probable que disminuya o desaparezca la conducta (castigo).
Ej: si **llego tarde al trabajo**, me amonestan por escrito.
- **Neutras (no pasa nada):** hacen más probable que disminuya o desaparezca la conducta. Ej: **llamo a la puerta de una casa** y no abre nadie.

2. ¿CÓMO ME PUEDE AYUDAR LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN MI TRABAJO?

La modificación de conducta es parte natural del trabajo con personas con daño cerebral. Como ya hemos explicado, la intervención conductual es responsabilidad de todos. El neuropsicólogo o psicólogo clínico puede ser responsable de diseñar programas de modificación de conducta. Sin embargo, su implementación es tarea de todos. Los problemas de conducta raramente ocurren en presencia de estos profesionales, sino que ocurren con más frecuencia en presencia de terapeutas, familias y equipo de enfermería, que pasan más tiempo con el paciente. Por ello, el neuropsicólogo o psicólogo clínico poco puede hacer por sí sólo para resolver estos problemas. Su función es más bien darte las herramientas que tú necesitas para solucionar el problema en el contexto que se da (contigo) y que afecta a tu trabajo (rehabilitación, cuidado del paciente) y en definitiva a la recuperación del paciente.

Como ya hemos visto las técnicas de modificación de conducta no sólo van a facilitarte tu trabajo sino que además van a favorecer la recuperación del paciente y el desarrollo de sus habilidades sociales.

El conocimiento básico de las técnicas de modificación de conducta van a ayudarte en dos puntos principalmente:

1. Entender con facilidad y rapidez las indicaciones del neuropsicólogo y psicólogo clínico y ser capaz de llevar esas indicaciones con un mejor juicio, lo que conlleva que la rehabilitación sea más eficaz.
2. Ante un problema que se presente por primera vez, o ante problemas cotidianos, vas a tener a tu disposición unas herramientas de trabajo que son especialmente útiles para que ese problema concreto se resuelva de una manera rápida y eficaz, o que, por lo menos, no se incremente y se pueda resolver lo antes posible. Por ejemplo si un paciente se pone a gritarte porque está enfadado contigo, es posible que una buena reacción en un primer momento provoque que esa situación no se vuelva a repetir, con lo que tu trabajo será más fácil y el desarrollo de habilidades del paciente será más rápido.

RECUERDA

Conocer las técnicas de modificación de conducta te va a ayudar a:

1. Comunicarte mejor con otros profesionales de tu equipo.
2. Colaborar en la rehabilitación cognitiva del paciente ayudándole a desarrollar habilidades sociales.
3. Saber actuar de una manera adecuada ante los problemas que aparezcan para que no se repitan.
4. Que tu trabajo con el paciente sea más efectivo y agradable.

3. PASOS PARA MODIFICAR UNA CONDUCTA

Ponemos a continuación una serie de pasos para realizar un programa de modificación de conducta adaptado a cada persona. Según la situación estos pasos pueden modificarse.

1. Seleccionar la conducta que se desea modificar.
2. Utilizar algún **método de registro** para saber qué pasa (suele ser muy utilizada la observación con algún tipo de registro).
3. Identificar las cosas que le gustan a la persona (reforzadores).
4. Elegir los **objetivos y las técnicas** más adecuadas para intervenir (programa de actuación planificado).
5. **Poner en marcha** el programa: todos los participantes deben actuar del mismo modo, nadie debe realizar cambios sin consultar.
6. **“Medir”** con registros para saber si se avanza.

Como vemos en este apartado, cambiar un comportamiento desadaptativo en un paciente es un proceso personalizado que requiere de un tiempo para evaluar la situación, escoger las técnicas y reforzadores más adecuados y realizar un seguimiento.

Por nuestra experiencia, este proceso personalizado en ocasiones no es posible hacerlo por las circunstancias de “presión” de trabajo en los centros de rehabilitación. Conviene en estos casos ir creando unas pautas de actuación para las circunstancias que se presentan de forma más habitual en el centro y un “lenguaje común” que nos facilite la comunicación y la toma de decisiones rápida.

RECUERDA

Cuando no sepas cómo actuar con un paciente pide ayuda al equipo de psicología, ellos te dirán cómo actuar, evitarás que el problema se agrave y te servirá para aprender a actuar ante situaciones similares con otros pacientes en un futuro.

4. TÉCNICAS HABITUALES PARA AUMENTAR LA FRECUENCIA DE CONDUCTAS ADAPTATIVAS

La modificación de conducta no sólo se utiliza para reducir problemas. Tan importante como reducir conductas desadaptativas es favorecer la aparición de conductas adaptativas. De hecho la modificación de conducta se utiliza para que los tratamientos de fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, neuropsicología, así como los cuidados de enfermería sean más eficaces ayudando a que los objetivos en estos campos se consigan antes.

DAR BUENOS MODELOS DE ACTUACIÓN

Consiste en que el paciente observe en el ambiente los modelos de actuación que le estamos pidiendo.

Por ejemplo: dos personas del personal del centro están hablando alto en el pasillo porque no se ponen de acuerdo sobre a quién le corresponde hacer una cosa (modelo inadecuado).

Conviene que las personas que están en contacto con el paciente mantengan los mismos comportamientos de actuación (coherencia), sobre todo cuando existen problemas de comportamiento. Si una persona cuando el paciente "se queja" (sin causa real) le hace caso y otra no, esto supone una dificultad para conseguir que el paciente deje de quejarse.

REFUERZO

Reforzar significa recompensar. Recompensamos cuando damos a una persona algo valioso para esa persona asociado a lo relacionado a una conducta.

Las recompensas pueden ser de todo tipo, desde un premio material hasta una sonrisa. Por lo general, la recompensa que las personas más valoramos es el reconocimiento de los demás. El refuerzo provoca que las conductas tanto positivas como negativas se repitan.

HOJAS DE REGISTRO

Las hojas de registro son una sencilla técnica para que el paciente sea consciente de los distintos componentes de una actividad y su nivel de ejecución en cada uno de esos componentes.

Siendo más consciente de las partes de la actividad y de los aspectos que puede mejorar es más probable que pueda controlar su conducta para que se adecue más a lo que esperamos de él.

Por ejemplo si un paciente necesita mucha supervisión para estar preparado por la mañana porque tarda mucho tiempo podemos poner una hoja de registro en la que quede marcado el tiempo que tarda en hacer cada actividad. Siendo consciente de su actuación se puede esforzar para reducir el tiempo empleado en cada paso, reduciendo además el tiempo global.

PROGRAMAS DE PUNTOS

Los programas de puntos (también llamados de economía de fichas) son un tipo de refuerzo. Consisten en dar una gran recompensa cuando se sumen un número mayor o menor de pequeños logros. Se utiliza con frecuencia para aumentar la implicación en las terapias, la motivación en la rehabilitación y la actividad en el hogar.

Suele ser útil para ayudar a pacientes poco motivados y también para pacientes cuyo rendimiento fluctúa por motivos varios. Asimismo ayuda al paciente a ser más consciente de su nivel de ejecución por lo que permite ser más consciente de sus dificultades y saber dónde o cuándo se tiene que esforzar más.

Por ejemplo: podemos decir a un paciente que cuando consiga caminar 10 pasos en cada sesión, durante una semana le cambiaremos de mesa en el comedor para que esté con sus amigos.

5. TÉCNICAS MÁS HABITUALES PARA DISMINUIR CONDUCTAS POCO ADAPTATIVAS

No tienes que dominar todas las técnicas de modificación de conducta. Su manejo es complejo incluso para los profesionales que llevan mucho tiempo trabajando con ellas. Sin embargo familiarizarte con ellas te ayudará a tener un mejor manejo de los pacientes y a actuar instintivamente de una manera más eficaz cuando te enfrentes a problemas conductuales.

CONTROL DEL AMBIENTE (ESTÍMULOS)

Consiste en planificar el ambiente donde ocurre la conducta para que las condiciones sean las más adecuadas para esa persona.

Por ejemplo: podemos controlar estímulos físicos (ruido, ayudas, etc.), emocionales (sobreprometer, discutir) y cognitivos (hablar de cosas concretas, repetir, etc.).

Mantener un ambiente estable y positivo ayuda a la persona con daño cerebral en el proceso de rehabilitación y previene problemas de comportamiento.

PEDIR AL PACIENTE LO QUE REALMENTE PUEDE DAR (PASO A PASO)

Consiste en establecer pasos bien graduados para conseguir la conducta que se quiere conseguir.

Cuando "sometemos" al paciente a peticiones a las que no puede atender se suele incrementar el sentimiento de frustración y rabia. También ocurre al contrario, que si intentamos ayudarle en aquello que puede hacer, se siente tratado como un niño o un minusválido y puede producirle reacciones de molestia.

Por ejemplo: una persona que está agitada y hablando en exceso puede requerir de alguien que "conozca" y le escuche.

UTILIZAR UNA FORMA DE COMUNICACIÓN EFICAZ

Consiste en identificar cuáles son las posibilidades de comunicación del paciente y utilizar alternativas que faciliten la comunicación mutua.

Por ejemplo: un paciente que no puede hablar puede utilizar un gesto o señalar para realizar algún tipo de petición.

Las tres formas básicas de comunicación que tenemos con el paciente son: instrucciones verbales (dar pautas específicas y sencillas: "Tienes que dejar de chillar"), sugerencias (consiste en implicar al paciente en la solución: "Qué te parece si...") y lenguaje gestual (utilizar los gestos y voz. "Hablar de forma pausada a un paciente que comienza a "ponerse nervioso".)

ESTABLECER LÍMITES

Consiste en comunicar con la mayor claridad posible lo que es adecuado y lo que no es adecuado para una situación concreta.

Por ejemplo: si un paciente “agarra” de la ropa de trabajo, se le dice que ese comportamiento es inadecuado y que puede utilizar el gesto que le hemos enseñado para reclamar su atención.

Se tiene que acompañar de un tono de voz y gestos de seriedad (acordes a la situación). Tener cuidado de no atacar a la persona (contigo no se puede hacer nada, eres insopor- table, etc.); referirnos solamente al comportamiento (no agarrar).

En algunas ocasiones podemos comunicar las consecuencias del comportamiento que está teniendo en nosotros/as o en los demás. Por ejemplo: “no hagas ese tipo de comentarios pues me molestan”, “procura hablar más bajo pues dificultas que los demás puedan realizar la tarea”.

EXPLORAR EL MOTIVO O LA NECESIDAD

Consiste en observar “un momento” lo que pasa y preguntar la razón del comportamien- to inadecuado.

Por ejemplo: si un paciente “grita” cuando está en la silla de ruedas. Le preguntamos y nos comunica con gestos que quiere ir al servicio.

En la mayoría de las ocasiones “un momento” de reflexión ayuda a tomar una decisión más adecuada de cómo actuar. A veces el paciente tiene una forma de comunicar que no es adecuada y la tenemos que modificar, pero atendiendo a sus necesidades.

LLEGAR A ACUERDOS. CONTRATO DE CONDUCTA

Consiste en llegar a un acuerdo con el paciente y poner unas condiciones pactadas para conseguir un objetivo de mejora.

Por ejemplo: un paciente que se “pone agresivo” con facilidad; se llega al acuerdo de que cuando note señales de agresividad a nivel corporal deje la situación y realice un breve ejercicio de relajación que se le enseña. Recibe autoreforzamiento pues quiere, como dice él, “dejar de engancharse”.

Algunas condiciones para que funcione son: debe ser acordado; se debe especificar la conducta deseada y la recompensa esperada y el reforzador debe proporcionarse según los términos acordados. En algunas situaciones se redacta por escrito.

EXTINCIÓN

Consiste en retirar un refuerzo (algo agradable) de una conducta indeseable que previamente estaba siendo reforzada. La forma más común de extinción es retirar la atención o dejar de hacer caso (mirar, responder, escuchar) a la persona cuando hace algo.

Por ejemplo: llama por la noche en repetidas ocasiones sin ningún motivo... se le escucha desde la puerta sin entrar en la habitación.

Retirar el refuerzo puede hacer que al principio aumente la conducta, provocando que sea más intensa, ya que la persona tarda un rato en entender que lo que antes funcionaba ya no funciona. Por ejemplo: grita a una auxiliar para que me dé comida fuera de hora. No le hacemos NINGÚN caso. Grita más fuerte. No le hacemos NINGUN CASO. Deja de gritar.

REDIRIGIR LA ATENCIÓN

Consiste en cambiar el foco de atención del paciente. Que deje de atender al estímulo o situación que provoca malestar y lo dirija a otra cosa.

Por ejemplo: si un paciente se "queja" (sin causa real) comentarle que se centre en terminar lo que está haciendo ("ya le queda poco"). (Normalmente se tiene que acompañar de un tono amable pero al mismo tiempo firme.)

Otro ejemplo: Si un paciente se enfada con un auxiliar, que un compañero intente redirigir al paciente a su actividad normal, sin hacer referencia al primer auxiliar (que desaparece de escena sin llamar la atención).

REFORZAMIENTO DIFERENCIAL DE OTRAS CONDUCTAS

Si queremos que una persona deje de hacer una conducta indeseable, se elige un comportamiento incompatible (es decir que no se pueda hacer al mismo tiempo), y se recompensa dicho comportamiento.

Por ejemplo si queremos que una persona deje de morderse las uñas reforzar cuando está cosiendo, escribiendo, etc.

SOBRECORRECCIÓN

Consiste en que la persona que realiza una conducta indeseable debe corregir los desperfectos causados.

Por ejemplo: tira objetos al suelo de forma intencionada ... (colocar los objetos en su sitio, recoger los trozos si algún objeto se ha roto, etc.).

QUITAR ALGO AGRADABLE (COSTE DE RESPUESTA)

Consiste en quitar algo agradable a la persona si hace la conducta indeseada.

Por ejemplo: cada vez que grite se le quitará la mitad de los puntos conseguidos en su programa de puntos. O cada vez que insulte se reducirá el tiempo de visita de su familia 15 minutos. Si pega se eliminará el tiempo de visita de su familia de ese día.

Lo ideal es combinar el coste de respuesta con la sobrecorrección.

Por ejemplo. Pegar a un compañero elimina la visita familiar. Si pide perdón al compañero el coste de respuesta será la mitad, pudiendo disfrutar de la mitad de su visita.

TIEMPO FUERA

Tiempo fuera de refuerzo: se retira un tiempo programado a la persona a un lugar con baja estimulación hasta que se calme.

Suelen ser muy efectivos en la mayoría de los casos.

Por ejemplo cuando se pone a insultar se le retira a una sala hasta que se tranquilice y deje de realizar el comportamiento molesto.

Parte III

Problemas de comportamiento
más habituales en daño cerebral

Por José Luis Díaz y Álvaro Bilbao

1. FACTORES QUE INCIDEN EN LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE COMPORTAMIENTO

Muchas personas con lesión cerebral experimentan alguna forma de cambio emocional y conductual. Algunas expresiones que podemos oír en la familia son: “ha cambiado tanto y es tan diferente”; “ahora es más difícil relacionarse con él”, “hace cosas que hubiera sido impensable que las hiciera”, “su forma de actuar es un problema”, etc.

Parece que existen cuatro razones por las que estos tipos de déficit pueden ocurrir:

1.1. Daño neurológico

Algunas partes del cerebro, particularmente los lóbulos frontales, actúan sobre la regulación de las emociones, la motivación, la excitación sexual, el control y la consciencia de sí mismo.

Cuando el cerebro se daña la persona puede perder el control que todos hemos aprendido a ejercer nuestras emociones. Después de una lesión cerebral algunas personas tienen que volver a aprender, a “manejar” de forma adecuada sus emociones. Dependiendo del daño esto se puede conseguir en mayor o menor medida.

1.2. Exageración de la personalidad anterior

El daño neurológico puede producir una exageración de los rasgos de la persona y de los problemas existentes antes de la lesión.

Por ejemplo si en la persona predominaban rasgos de impaciencia, irritabilidad o de agresividad, estos pueden exacerbarse con el daño cerebral.

1.3. Estrés de adaptación a las consecuencias del daño cerebral

Adaptarse a continuar viviendo después de la lesión cerebral puede resultar bastante estresante. Puede haber sentimientos de frustración al darse cuenta de que ya no se puede hacer lo que se hacía antes (trabajar, viajar solo, hacer deporte, etc.).

La persona tiene que adaptarse a las “pérdidas” que a tenido y esto puede traer sufrimiento emocional.

A veces los cambios son tan repentinos y rápidos que el principal problema es dar un nuevo sentido a su vida “¿qué voy a hacer a partir de ahora? Si esta situación “supera” la capacidad de respuesta de la persona ésta puede negar y/o evitar los problemas o desplazar la responsabilidad a otros (familia, rehabilitadores, etc.).

Cuando vivimos en situaciones de estrés y dolor emocional es más fácil que podamos enojarnos, irritarnos, sentirnos ansiosos, tristes, etc.

1.4. El ambiente

En el entorno podemos incluir el nivel físico (vivienda, localidad, servicios de rehabilitación, etc.) y el nivel social (familia, amigos, compañeros de trabajo, asociaciones, vecinos, etc.).

Si la persona se encuentra en un entorno donde lo que le sucede es poco comprendido, la comunicación es escasa y existe poco clima emocional positivo (cariño, cercanía, amor...) su comportamiento puede ser inapropiado.

Si la actitud es excesivamente exigente, devaluadora, poco reforzante o sobreprotectora se pueden mantener o incrementar los comportamientos poco adaptativos.

Los entornos desconocidos y en ocasiones poco predecibles (hospitales, pruebas médicas, cambio de cuidadores, etc.).

En los comportamientos problemáticos la conducta suele ser:

- Por exceso. Ej: insulto. Desearíamos que dicha conducta disminuyera.
- Por defecto. Ej: escasa comunicación con otras personas. Desearíamos que dicha conducta aumentara.
- Por ocurrencia en circunstancias inadecuadas. Ej: desnudarse en público.

2. CÓMO MANEJAR LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO MÁS FRECUENTES EN PERSONAS AFECTADAS POR DAÑO CEREBRAL

2.1. Apatía y falta de iniciativa

La falta de motivación para la realización de actividades que requieren algún tipo de planificación es frecuente en personas con daño cerebral. Algunas personas pueden estar motivadas sólo en actividades en las que obtienen una gratificación inmediata.

Ejemplo: *“Antes le interesaba mucho coleccionar sellos, pero ahora todo le da igual.”*

Qué se puede hacer:

- Los cuidadores deben intentar interpretar la apatía no como pereza sino como una de las consecuencias del daño cerebral.
- Dividir las actividades en pequeños pasos, y felicitarle, reforzarle cada vez que realiza cada paso. Procurar que no se produzca el fracaso.
- Procurar no confundir apatía con cansancio o fatiga... ofrecer tiempos de descanso cuando sea necesario.
- A veces es conveniente mostrarse firme y decir “vamos a...”, o dar a escoger entre dos alternativas.
- Permitir que tome contacto con otros estímulos: otras personas y actividades.

2.2. Tristeza, depresión

La depresión se manifiesta con conductas como quejas por parte de la persona afectada por daño cerebral sobre su situación, expresión de sentimientos de inutilidad, llanto, aislamiento, etc.

Ejemplo: *“Desde que tuvo el accidente con frecuencia dice que se siente inútil, que es una carga, y que la vida así no merece la pena”.*

Qué se puede hacer:

- Es fundamental buscar actividades que puedan ser gratificantes para la persona afectada por daño cerebral.
- Reforzar sus logros, valorar las actividades deseables que la persona realiza.
- Reforzar cualquier iniciativa y el iniciar una actividad, aunque sea pequeña... si es posible llevarla a la práctica.
- Escuchar sus expresiones de sentimientos. Sin embargo, es importante que se preste más atención a la implicación de la persona con daño cerebral en las actividades que a las que-

jas sobre su situación, llanto, etc.

- Algunas personas reaccionan mal cuando le recordamos sus progresos (como está ahora y como estaba antes)... procure no recordárselo.
- Disminuya sus expectativas. Trabaje disfrutando del placer del momento, en vez del placer de lo que se va a conseguir.

2.3. Labilidad o cambios emocionales

La dificultad para controlar la expresión de emociones puede deberse al daño cerebral.

Ejemplo: *“Ahora llora abiertamente recordando su casa o lo que hacía antes. Minutos después, parece que se le ha olvidado y se ríe a carcajadas.”*

Qué se puede hacer:

- Se debe intentar ser buenos modelos de control emocional. (Evitar gritos, discusiones con la persona afectada por daño cerebral, o discusiones entre personas que están en el entorno, etc.).
- Señale y elogie las ocasiones en que consigue controlar sus emociones. Ayude a identificar qué hace para conseguirlo.
- Hágale darse cuenta de que es capaz de mantener el control emocional en situaciones en que antes no podía.
- Cuando se presente la situación procure mantenerse tranquilo y procure no criticar.

2.4. Ansiedad

Es frecuente que las personas que han vivido una experiencia traumática sientan ansiedad ante determinadas situaciones que suponen un reto o la exposición a un probable fracaso. Sin embargo, es importante que la persona poco a poco vaya enfrentándose a las situaciones que teme, ya que de no ser así, puede convertirse en una persona muy dependiente.

Ejemplo:

“Desde que tuvo el accidente, se pone muy nerviosa cuando se enfrenta a una situación nueva, como contestar el teléfono o salir a la calle”.

Qué se puede hacer:

- Es importante animar a la persona con daño cerebral que siente ansiedad a que haga por sí mismo aquello que teme (siempre que tenga capacidad física y cognitiva para hacerlo).
- Se debe comenzar con la realización de pequeños pasos o fases. La confianza en uno mismo se adquiere gracias a la acumulación de pequeños éxitos.

- Si la persona con daño cerebral conoce algún método de relajación, se le puede recordar que lo utilice antes de enfrentarse a la situación temida.
- Se le puede recordar también que respire profundamente, tomando aire por la nariz y expulsándolo por la boca, antes de iniciar la actividad temida, o en caso de que se detenga en la realización de la misma, descansar, respirar profundamente, y reanudar la actividad intentándolo de nuevo.

2.5. Desinhibición

Algunas personas con daño cerebral pueden manifestar desinhibición (decir o hacer “lo primero que se les pasa por la cabeza”) sin medir las consecuencias de su conducta.

Ejemplo: *“El otro día le dijo a la auxiliar que era una “tía buena” aunque estaba un poco gorda”.*

Qué se puede hacer:

- Es muy importante que, cuando la persona con daño cerebral diga o haga algo inadecuado (teniendo en cuenta la situación), se le corrija.
- Dé a la persona una respuesta firme, cuando se comporte de manera inapropiada: *“No, Adela. No puedes quitar el periódico de la mano sin pedir permiso”.*
- Redirigir la atención de la persona con daño cerebral a otro tema diferente al de la expresión o comportamiento inadecuado. *Ej: si una persona pregunta sobre aspectos de la intimidad sexual de otra persona, se le dice que no es adecuado que realice esa pregunta, y se saca otro tema de conversación.*
- No se deben realizar excepciones del tipo *“Así es él, cuando ve a una chica guapa le pide la mano para besársela”.* La consecuencia de no ser firme (en rectificar la desinhibición) y admitir expresiones o comportamientos inadecuados es que la falta de control se mantiene o aumenta.

2.6. Enfado y agresividad

A veces las personas con daño cerebral se enfadan con facilidad con cosas como el ruido, los niños, etc.; en otras ocasiones reaccionan o “explotan” con gritos, insultos, etc. por razones que nos parecen injustificadas.

Ejemplo: *“El otro día explotó porque me pidió que le pusiera en el equipo un CD de su grupo preferido y me confundí poniéndole otro.”*

Qué se puede hacer:

- Intentar detectar qué situaciones provocan manifestaciones de ira en la persona con daño cerebral. Evitar la ocurrencia de dichas situaciones. (Ej: varias personas hablando a la vez.)

- Se debe intentar no reaccionar gritando o enfadándose. Intentar no discutir.
- Redirigir la atención de la persona con daño cerebral hacia algo más positivo.
- Intentar no tomar el enfado de la persona con daño cerebral como algo dirigido a propósito contra mí, sino como parte de las consecuencias del daño cerebral (por daño neurológico o por dificultad de adaptación a la nueva situación de limitación física y/o cognitiva).
- Planificar y estructurar la rutina diaria para que la persona con daño cerebral pueda enfrentarse a un ambiente predecible y regular. Si es posible informar previamente de las modificaciones y realizar algunas concesiones gratificantes para la persona.
- Evite considerar las descargas de agresividad del afectado de forma personal.
- Evite culpabilizar al afectado por algún error cometido, busque soluciones.

2.7. Agitación

La agitación se produce mucho más en las primeras etapas de la lesión cerebral, cuando la persona se encuentra en el hospital. Este estado de inquietud suele ser efecto directo del daño neurológico. Es una etapa por la que pasa el paciente, que normalmente no puede evitar y no un cambio de conducta permanente.

Es una etapa difícil para el personal hospitalario y la familia. Es necesario recordar que el paciente ha sufrido un cambio muy brusco, que le ha dejado desorientado y confuso. La agitación es, a menudo, una forma que tiene de adaptarse a esta situación.

Ejemplo: *“camina de un lado al otro del pasillo sin poder pararle” “se quita permanentemente el pañal y se enfada cuando te acercas”.*

Qué se puede hacer:

- Tener paciencia: es una etapa por la que hay que pasar.
- Es necesario que el paciente perciba seguridad alrededor: conviene que permanezca cerca alguien que le conozca y le transmita la seguridad que necesita.
- Suele necesitar mucha disponibilidad de personas conocidas o de los equipos de atención: planificar turnos de estancia.
- Conviene estructurar las actividades del paciente (su tiempo) para que no tenga periodos muy largos en los que esté solo y se pueda poner a rumiar.
- Elimine los factores irritantes: ruidos, movimientos bruscos, distracciones excesivas, etc.
- Procure que pueda disponer de objetos personales y adaptar, en la medida de lo posible el ambiente, para tener referencias conocidas y tranquilizadoras.
- A veces es posible identificar alguna causa externa que le produce irritación al paciente; si es así procure actuar sobre ella. Por ejemplo si es algo que necesita tener cerca para sentir

seguridad procure proporcionárselo; en otras ocasiones conviene cambiar al paciente con delicadeza a otras actividades. No realice cambios rápidos.

- Si al paciente le da por hablar en exceso suele ser adecuado escucharle y dejarle hablar. Suele ser una forma eficaz de superar la agitación.
- Muestre un comportamiento tranquilo y aparezca calmado aunque no lo esté. El afectado necesita en muchas ocasiones la presencia de alguien que controle la situación y que pueda ser tranquilizadora.
- Cuide su propia forma de comportarse. Sobre todo aquellos indicadores que pueden ser mal interpretadas por el paciente: hablar bruscamente, fruncir el entrecejo, utilizar un tono de voz poco tolerante, etc.
- Tenga en cuenta que sus propios estados emocionales (frustración, rabia, incomodidad...) se pueden transferir al paciente.
- Si el afectado se agita demasiado, mantener una vigilancia sobre él.
- Conviene saber qué persona del entorno consigue calmarlo mejor y si se puede recurrir a ella en caso de necesidad.

Nota: las técnicas y orientaciones de actuación que se dan en el presente escrito son de carácter general y deben adaptarse a cada persona con daño cerebral y a su situación concreta.

ANEXO 1. LA FALTA DE CONCIENCIA DEL DÉFICIT

Por conciencia nos referimos a la capacidad que tenemos para entender y evaluar nuestras propias fortalezas y debilidades en términos relativamente objetivos.

Esta capacidad se localiza en los lóbulos frontales y puede quedar dañada como causa del daño cerebral. A veces al principio de producirse la causa de daño cerebral esta autoconciencia es baja y se va produciendo una progresiva recuperación: tomar conciencia de las dificultades físicas, problemas cognitivos y después de los conductuales... poco a poco se va dando cuenta de la realidad de su discapacidad.

Los seres humanos tendemos a negar o minimizar la existencia de realidades dolorosas para poder adaptarnos y conservar nuestra salud mental y nuestra autoestima. Nuestras mentes solamente nos dejan ser conscientes de lo que podemos controlar emocionalmente.

La falta de conciencia de los déficit afecta de manera determinante al programa de rehabilitación ya que los afectados o bien se resisten a colaborar o plantean objetivos poco realistas o mal orientados que en ocasiones comprometen el proceso de avance.

Hay tres niveles donde se puede presentar falta de conciencia del déficit:

- Conocimiento de los déficit: por ejemplo la persona conoce que no puede mover el brazo izquierdo pero no tiene conciencia de que tiene problemas de memoria.
- Conciencia de las implicaciones del déficit: la persona tiene conciencia de que tiene una hemiparexia pero considera que puede conducir.
- Implicaciones futuras: la persona tiene conciencia de que tiene una dependencia total a nivel físico después de tres años de rehabilitación y se plantea volver a andar.

Qué se puede hacer

- Comprender que la autoconciencia puede mejorar gradualmente y que negar los déficit es una forma que utilizamos para adaptarnos.
- Dejar que la persona que tiene esta dificultad fracase (dejarle hacer actividades que superan sus posibilidades sin riesgos) aunque se desanime, así podrá apreciar la realidad de su situación.
- Dígale las consecuencias que tienen sus déficit y su comportamiento en el momento en que se produzca. Hágalo para ayudarlo a darse cuenta, no para culpabilizarlo.
- Cuando hable de sus dificultades no le quite importancia, préstele atención buscando actuaciones alternativas que pueda poner en práctica.
- Póngale en contacto con amigos que le conocían antes y después de la lesión.
- No fomente ni favorezca las expectativas irreales: mantenga una posición de optimismo realista.
- Actúe con prudencia y de forma progresiva, pues al tomar conciencia de sus déficits la persona puede manifestar algún síntoma afectivo: sentirse triste, irritado, etc.

ANEXO 2. FASES DE LA ESCALADA VIOLENTA

Fase 1. Agitación leve

Signos verbales: el paciente habla mucho y muy rápido. Va aumentando el tono de voz.

Signos motores: el paciente está inquieto, se muestra nervioso y ansioso.

Prevención:

- Mantener un ambiente estructurado y adecuado a las necesidades del usuario.
- Evitar la sobreestimulación.
- Permitir la libertad de movimiento.
- Evitar periodos de tiempo vacíos.
- No mostrar emociones fuertes.

Respuesta terapéutica:

- Evitar la confrontación:
 - Conocer la preocupación del usuario.
 - Ofrecer alternativas realistas.
 - Redirigir la atención a otro tema o actividad.
- Empatizar y apoyar al paciente:
 - Preguntarle por el motivo del enfado.
 - Ofrecer alternativas claras a la agresión.
- Valorar positivamente cualquier movimiento tranquilo o conducta deseable.
- Establecer unos límites firmes.
- Órdenes verbales tajantes:
 - Efectivas con algunos usuarios en algunas situaciones.
 - Sobre todo si el usuario está acostumbrado a obedecer este tipo de órdenes.
 - Sólo utilizar cuando se considera que se puede producir una escalada de agresión.
- Dejar claro que es su comportamiento, y no él mismo, lo que se desapruueba.
- Proponer una actividad motriz como andar.

Fase 2. Agitación moderada

Signos verbales: el paciente comienza a gritar y se muestra desafiante.

Signos motores: el paciente aumenta la agitación motriz y puede aparecer agresividad a objetos.

Prevención: lo mismo que para la agitación leve.

Respuesta terapéutica:

- Reducir drásticamente la interacción verbal con el paciente.
- Sacar al paciente de la situación.
- Animar al paciente a caminar contigo.
- Evitar que se acerquen a mirar otros pacientes.
- Dirigir a otros pacientes o visitantes a otro sitio.
- Animar al paciente a sentarse y descansar.

Fase 3. Agresividad leve (agresividad verbal)

Signos verbales: el paciente está claramente agresivo hacia otros: insultos y amenazas.

Signos motores: igual que en la agitación moderada, pueden aparecer gestos de amenaza física (enseñar el puño).

Respuesta terapéutica:

- Dar respuestas razonables a sus preguntas. No discutir con él.
- Siempre que sea posible, ignorarlo, a menos que sea un signo claro de escalada inminente.
- No tomárselo personalmente. Está atacando a lo que representas, no a la persona.
- Si es apropiado, redirigir la atención hacia otra cosa.
- Si el paciente se calma y muestra capacidad de control, no le critiques.
- Si la situación es pertinente puedes mostrarle tus sentimientos:
 - Me siento muy mal cuando hablas así.
 - Estás ofendiendo a otros o a mí con lo que dices.

Fase 4. Agresividad combativa (agresividad física)

Signos verbales: igual que en la agresividad leve.

Signos motores: el paciente se muestra agresivo físicamente contra objetos y personas: agarrar de la ropa, empujones, puñetazos, patadas, etc.

Respuesta terapéutica:

Se debe promover la seguridad tanto del usuario como del trabajador.

- Usar técnicas que vayan de menos restrictivas a más restrictivas.
- Tener cuidado con mantener la calma, la escalada del personal incrementa la escalada del paciente.
- Detener cualquier tipo de intervención si esta se torna peligrosa.
- No iniciar ninguna intervención a menos que se pueda concluir.
- Pedir ayuda a otros profesionales del centro.
- Si se actúa en grupo, sólo habla una persona.

Autoprotección:

- Mantente entre el paciente y la puerta.
- Permanecer fuera de la "zona de peligro". Aproximadamente a unos 50 cms. alrededor del paciente.
- Evitar llevar collares, pulseras o pendientes que se puedan enganchar.
- Usar ropa y calzado cómodo que permitan moverse fácilmente.
- No permanecer de pie justo delante del usuario en silla de ruedas.
- Si el usuario tiene un lado más débil o menos ágil, ponte en ese lado.

COLECCIÓN MANUALES Y GUÍAS

Serie Dependencia

1. Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve.
2. Guía para cuidadores de Personas Mayores en el hogar. Cómo mantener su bienestar.
3. Guía para cuidadores de Personas Mayores en el hogar. Cómo mantener su bienestar. CD-ROM.
4. Guía de manejo cognitivo y conductual de personas con daño cerebral.
5. Guía de manejo cognitivo y conductual de personas con daño cerebral. CD-ROM.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN,
POLÍTICA SOCIAL Y DEPORTE

SECRETARÍA DE ESTADO
DE POLÍTICA SOCIAL

