

REHABILITACION NEUROCOGNITIVA

ESTUDIANTE:

DANIEL ALBERTO ARCILA TAMAYO

DOCENTE:

ALEXANDER ALONSO OPINA OSPINA

UNIVERSIDAD CATÓLICA LUIS AMIGÓ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

2016

Introducción

La cognición social puede definirse como un proceso neurobiológico (Butman, 2001), psicológico y social, por medio del cual se perciben, reconocen y evalúan los eventos sociales, para construir una representación del ambiente de interacción de los individuos (Adolphs, 2001), y posteriormente generar el comportamiento social, es decir, la respuesta más adecuada según la circunstancia particular, cuando se define como un proceso cognoscitivo superior (Adolphs, 1999, en Butman & Allegri, 2001), pareciera más una competencia netamente humana, pues implica la representación mental de la situación social y la estructuración de diversas opciones de respuesta, de las cuales se elige la más adecuada para mantener la interacción en un ambiente constantemente cambiante, en el que las respuestas emitidas por otros son muy diversas.

Hay ciertas áreas cerebrales que pueden identificarse como áreas de procesamiento de cognición social estas son la corteza ventral y algunas estructuras paralímbicas, como la amígdala, la ínsula y el polo temporal (Butman & Allegri, 2001), además de otras áreas y estructuras que procesan elementos básicos facilitando e impulsando la elaboración social más compleja, así como la emisión de comportamientos desencadenados por la emoción (corteza motora, ganglios basales y tallo cerebral) (Adolphs, 2001; Damasio, 2006). Para poder comprender las funciones que cumple cada una de estas áreas cerebrales a continuación se explicará con más detenimiento dichas funciones.

La corteza prefrontal medial se encarga de regular la conducta en casos de cooperación social, comportamiento moral y agresión social la cual se activa con la transgresión de las normas. La Corteza prefrontal ventromedial es considerada el centro de la comprensión de los sentimientos de otras personas, se encarga de otorgar el valor emocional y realiza la representación emocional de las metas cuando el desencadenante inmediato de éstas se encuentra ausente. Se considera que aquí se estructura la memoria de trabajo emocional, la cual interactúa con la memoria de trabajo convencional (Butman & Allegri, 2001), pero incluye los componentes emocionales de las metas y los procesos de toma de decisiones. En la Corteza prefrontal dorsomedial se realiza la codificación de información social, para ser recordada con posterioridad, mientras que el mismo proceso, pero con información no social, se lleva a cabo en el hipocampo. La Corteza orbitofrontal

(COF) se encarga de inhibir aquellos estímulos emocionales negativos, que son considerados irrelevantes para una determinada situación (Beer, Knight & D'Esposito, 2006; Bechara, 2002) y de emitir respuestas ante la transgresión de normas morales (Mercadillo, Díaz & Barrios, 2007). Se ha observado que lesiones en esta área dificultan identificar las equivocaciones sociales o falso paso, los estereotipos y la situación adecuada según las reglas sociales; así mismo, impiden la toma de decisiones a partir de los marcadores somáticos y la respuesta ante el castigo (Adolphs, 2001; Adolphs, 2003). Lo anterior se debe a la incapacidad para relacionar la experiencia emocional con claves situacionales que aseguren la toma de decisiones adaptativas al predecir las consecuencias de la conducta (Windmann & cols, 2006).

Después de explicado esto, se entiende la cognición social como la capacidad que tiene el sujeto para identificar emociones del otro, lograr conectarse con ellas y reconocer lo que el otro puede estar sintiendo en una determinada situación. También hace referencia a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias. Desde este punto de vista, este concepto se refiere a una habilidad cognitiva, ya que hace referencia a cómo el sistema cognitivo logra conocer los contenidos de otro sistema cognitivo diferente de aquel que estaba conociendo.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el presente artículo se pretende establecer la relación de la rehabilitación de la cognición social en personas con Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) mediante la aplicación de test y ejercicios que permitan observar el estado de la cognición social de estos sujetos. De ser posible dicha rehabilitación, se lograría que estos sujetos puedan reconocer emociones de las demás personas a partir de sus gestos faciales, también, reconocer a partir del test de los ojos de Baron-Cohen, como la mirada puede ser interpretada por el otro con un contenido emocional, esta rehabilitación proporcionará una serie de herramientas terapéuticas que tienen como objetivo la recuperación de dichas funciones y la adaptación funcional del sujeto a su entorno, mejorando su funcionalidad y comportamiento.

Objetivo General

➤ Realizar una descripción de los principales antecedentes investigativos sobre la rehabilitación de la cognición social en personas con Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) e indagar si es posible la rehabilitación neuropsicológica en este tipo de personas.

Objetivos específicos

➤ Rastrear antecedentes sobre rehabilitación de la cognición social para construir un documento el cual permita identificar la rehabilitación de la cognición social en personas con Trastorno Antisocial de la Personalidad.

➤ Indagar sobre imágenes que sean similares pero que tengan una diferenciación concreta que le permita a las personas con Trastorno Antisocial de la Personalidad identificar expresiones o determinados rasgos en las imágenes.

Pregunta de investigación

➤ ¿Es posible la rehabilitación neurocognitiva de la cognición social en personas con Trastorno Antisocial de la Personalidad?

Metodología

El estado del arte se refiere a un tipo de investigación documental a partir de la cual se recupera y se trasciende reflexivamente el conocimiento acumulado sobre determinado objeto o tema de estudio, que suscita un interés particular por sus implicaciones sociales o culturales y es investigado a través de la producción teórica constitutiva del saber acumulado, que lo enfoca, lo describe, y lo contextúa desde distintas disciplinas, referentes teóricos y perspectivas metodológicas.

OBJETIVOS DEL ESTADO DEL ARTE.

- Aportar a la construcción de un lenguaje común que permita la Comunicación transparente, efectiva, ágil y precisa entre estudiosos o Interesados en el tema objeto de estudio.
- Ubicar, clasificar, caracterizar y consolidar información sobre el estado actual en la producción teórica, metodológica o práctica sobre el tema objeto de estudio.
- Identificar vacíos o necesidades referidas a la producción documental en el campo del saber objeto de investigación.

Según lo explicado anteriormente esta investigación tiene como propósito hacer una revisión teórica investigativa, acerca del trastorno antisocial de la personalidad, la cognición social y la rehabilitación neuropsicológica en personas que padecen dicho trastorno.

Para esto se realizó un rastreo de antecedentes teóricos, que permitieron dar cuenta sobre el tema investigado y así lograr la documentación adecuada en la producción de la dinámica del tema.

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.

Siguiendo la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición revisada (APA, 2002), el Trastorno Antisocial de la Personalidad, también denominado psicopatía o sociópata, se caracteriza por “un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta” (p. 784).

Se refiere a una conducta antisocial como aquella que va contra las normas sociales consensuadas de manera tácita en una determinada población o cultura (Lykken DL, 1995).

➤ **CARACTERISTICAS.**

Tal vez se haya oído de personas psicópatas o sociópatas, términos que suelen utilizarse para referirse a los individuos con un patrón de rasgos que en la actualidad conforman el trastorno antisocial de la personalidad.

Reconoció por primera vez este trastorno como una forma de locura en el que el individuo exhibía conductas impulsivas e incluso destructivas, mientras conservaba un pensamiento racional, sus características son:

- Falta de conciencia respecto a lo bueno y lo malo.
- Se incluyen la falta de remordimiento o de vergüenza por actos dañinos cometidos hacia los demás, poca capacidad de juicio e incapacidad de amar; falta de respuesta emocional hacia los demás, impulsividad (“conducta fantástica y poco atractiva”); ausencia de “nerviosismo” y falta de confianza, falsedad y falta de sinceridad. (Philippe Pine, 1801)

Hare, 1991- 1993 expone: Los rasgos centrales de la personalidad incluye labia y encanto superficial, auto valía grandiosa, tendencia a las mentiras patológicas, falta de empatía, de remordimiento y de disposición para responsabilizarse de los propios actos. El estilo de vida antisocial gira alrededor de la impulsividad, características que pueden conducir a conductas expresadas en un estilo de vida inestable, delincuencia juvenil, problemas conductuales tempranos, carencia de metas realistas a largo plazo y la necesidad de estimulación constante.

Para De Corral (1996) son los comportamientos impulsivos los que verdaderamente caracterizan este trastorno y que no permiten reparar en las consecuencias negativas de las conductas; también la ausencia de responsabilidades personales y sociales, los déficits en la solución de problemas, así como la falta de sentimientos de culpa y de amor. Asimismo, parecen ser factores de riesgo la juventud y niveles socioeconómicos y culturales bajos. Esto correlaciona, según Torrubia (2004), con la insensibilidad afectiva, considerada por

muchos como el núcleo central del trastorno. Sánchez (1995) entiende el trastorno antisocial como un problema relacionado con una mala socialización y, por ello, caracterizado por actitudes antagónicas y falta de autodisciplina. Poseen además una alta extraversión, bajo neocriticismo, baja amabilidad y baja responsabilidad.

Wallace, Vitale y Newman (1999), centrándose en el concepto de “modulación de la respuesta”, señalan los fallos de atención que se producen en estos individuos y que son fundamentales para organizar e interpretar la conducta orientada a un fin; y lo que con el tiempo se convierte en un proceso automático que requiere autocomprobación, autoevaluación y auto refuerzo, no se produce; es decir, el problema no radica en los contenidos de los esquemas, pues conocen las reglas, sino en el mal procesamiento de la información dirigida a la consecución de metas.

Desde el modelo de Millon (Millon y col., 2001), la personalidad antisocial se conoce como el patrón activo-independiente y se caracteriza, fundamentalmente, por ser una personalidad agresiva, con distintos grados a lo largo de ese continuo sistemático, abarcando así desde formas leves hasta formas extremadamente graves (Ávila-Espada y Herrero, 1995).

Se trata de un trastorno crónico que con frecuencia se asocia al trastorno de personalidad paranoide, siendo típica la triada antisocial-sádico-pasivo/agresivo (Ávila-Espada y col., 1995), y al consumo de drogas pues, como afirman Miller, Lynam, Widiger y Leukefeld (2001), recientes estudios han hallado un alto porcentaje de los consumidores, abusadores y dependientes de alcohol y otras drogas entre delincuentes psicopáticos. La presencia de trastornos mentales o psicopatológicos y psicopatía incrementa el riesgo de violencia y agresión (Hill, Newman y Rogers, 2004).

Se caracteriza además por ingresos frecuentes en centros penitenciarios. En su etiología pueden hallarse tanto factores biológicos como de socialización, incluyendo el aprendizaje y las experiencias vitales, tales como la hostilidad parental, graves déficit en los modelos parentales y el reforzamiento de la conducta agresiva y vengativa, potenciados fundamentalmente por la disminución del control de los impulsos (Ávila-Espada y col., 1995). Tales variables interactúan entre sí dificultando enormemente la posibilidad de definir el peso relativo de unos y otros en el desarrollo del trastorno. Se asocia, además,

este trastorno con el neuroticismo, la ausencia de cordialidad y de minuciosidad o escrupulosidad.

Canino GJ, Bird H, Rubio-Stipec M, Bravo M, Alegria M, 1990 refieren: Como todos los trastornos de la personalidad, el antisocial tiene una etiología multifactorial, con varios factores de riesgos que tienen distinta relevancia en diferentes momentos vitales. En general, se reconoce influencias tanto biológicas como ambientales en el desarrollo de la personalidad antisocial. Es decir, hay factores constitucionales que aumentan la vulnerabilidad a padecer un trastorno antisocial de la personalidad, y situaciones socio familiares y experiencias vitales que acaban determinando que un desarrollo patológico se estructure en un y en trastorno de personalidad.

Links PS, 1996 dice: En el diagnóstico de la personalidad antisocial es útil recoger información adicional o externa de fuentes colaterales, dado que el engaño y la manipulación son rasgos esenciales del diagnóstico. Los cuestionarios auto aplicados son muy poco útiles. Dado que los trastornos de la personalidad son en general egosintónicos, la información dada por el individuo y por informantes externos suele coincidir poco. El relato de los sujetos sobre su comportamiento y su modo de relación interpersonal es muy poco fiable.

Así, los criterios que el DSM-IV-TR (APA, 2002) utiliza para la personalidad antisocial básicamente se refieren a conductas observables (por la facilidad que implica para llegar a un acuerdo de diagnóstico entre los clínicos), sobre todo si se comparan con los criterios propuestos por Hare y Cleckley, que se centran sobre todo en rasgos de personalidad subyacentes.

Según el DSM-V estos son los criterios que deben tenerse en cuenta para dicho diagnóstico:

Agresión a personas y animales

- A menudo fanfarronean, amenazan o intimidan a otros
- A menudo inician peleas físicas
- Han utilizado un arma que puede causar daño físico grave otras personas

- Han manifestado crueldad física con personas
- Han manifestado crueldad física con animales
- Han robado enfrentándose a la víctima (p.ej ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada)
- Han forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

- Han provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
- Han destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

- Han violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
- A menudo mienten para obtener bienes o favores para evitar obligaciones
- A robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de la norma

- A menudo permanecen fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 15 años de edad
- Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto (o solo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo)

Cognición social

La cognición social puede definirse como un proceso neurobiológico (Butman, 2001), psicológico y social, por medio del cual se perciben, reconocen y evalúan los eventos sociales, para construir una representación del ambiente de interacción de los individuos (Adolphs, 2001), y posteriormente generar el comportamiento social, es decir, la respuesta más adecuada según la circunstancia particular. Se relaciona con la percepción social (estadio inicial que evalúa las intenciones de los demás a través de su conducta –dirección

de la mirada y movimiento corporal–) y el estilo atribucional (cómo se explica la conducta de otras personas) (Pelphry, Adolphs & Morris, 2004).

Algunos autores precisan que este proceso es netamente biológico y que se presenta en diferentes especies (Butman, 2001; Butman, 2003). Sin embargo, cuando se define como un proceso cognoscitivo superior (Adolphs, 1999, en Butman & Allegri, 2001), pareciera más una competencia netamente humana, pues implica la representación mental de la situación social y la estructuración de diversas opciones de respuesta, de las cuales se elige la más adecuada para mantener la interacción en un ambiente constantemente cambiante, en el que las respuestas emitidas por otros son muy diversas.

Algunos de los procesos que hacen parte de la cognición social son:

- Identificación, expresión y manejo de emociones. Varios autores (Butman & Allegri, 2001; Adolphs, 2003; Damasio, 2006) han propuesto que las emociones, su identificación, expresión y manejo, son un componente de la cognición social al facilitar o dificultar la toma de decisiones frente a las interacciones sociales. Se considera que las emociones son manifestaciones de cambio en el estado corporal, que se representan en el cerebro como alteraciones transitorias de las estructuras somatosensoriales (Bechara, Damasio & Damasio, 2000) y que pueden dividirse en dos grandes grupos: emociones primarias o básicas (Butman & Allegri, 2001) y secundarias o morales (Mercadillo, Díaz & Barrios, 2007).

Las primeras se caracterizan por su carácter universal, tanto en su experiencia como en su expresión, y pueden resumirse en miedo, sorpresa, tristeza, alegría, ansiedad, rabia e ira (Butman & Allegri, 2001; Adolphs, 2013; Mercadillo, Díaz & Barrios, 2007). Para su emisión se requiere que la corteza somatosensorial detecte y categorice los estímulos y que la amígdala reciba esta información y la procese, enviando datos a los sitios adecuados para generar una respuesta visceral y motora (Damasio, 2006).

Las segundas se encargan de la regulación del comportamiento frente a eventos que incluyen otros agentes, a partir de la representación del sí mismo en un ambiente social. Su expresión varía en la función de las creencias y las costumbres en las que

se halla desarrollado la persona (Mercadillo, Díaz & Barrios, 2007); permite la convivencia al tener en cuenta las consecuencias que los actos propios representan para los demás y descentran a la persona de sus propios intereses y necesidades, con lo que se ligan con la teoría de la mente (Adolphs; Mercadillo, Díaz & Barrios, 2007)

- **Teoría de la mente.** Es un proceso que se presenta en primates y humanos y se define como la capacidad para atribuir un estado mental (pensamientos, emociones, deseos, creencias, intenciones) a las otras personas (Butman & Allegri, 2001; Mercadillo, Díaz & Barrios, 2007), lo cual la convierte en un factor esencial para la interacción social, ya que permite tomar decisiones sobre las respuestas, con cierto grado de seguridad sobre sus posibles efectos en el entorno (Wilde, Astington & Barriault, 2001)

La ToM se constituyen a partir de otros procesos como el análisis de dirección de la mirada, el procesamiento de la información no verbal (Allegri, 2001), la asignación de metas e intenciones y el animismo, y se desarrolla de manera paulatina desde la infancia, aunque es evidente hacia los cuatro años de edad con la atribución de creencias falsas (Adolphs, 2003).

Esta mirada de la ToM es contrastada por autores como Saxe y Baron- Cohen (2006), quienes diferencian la atribución de pensamiento y acciones (ToM) de la atribución de sentimientos y emociones (empatía afectiva), pues recorren rutas neurales diferentes y no tienen las mismas consecuencias: la empatía afectiva genera una emoción similar a la que se atribuye a la otra persona, mientras que la ToM no genera esta conducta, sino únicamente conocimiento de lo que el otro puede haber hecho o puede hacer en el futuro. Otras áreas que responden selectivamente a la acción del sujeto sobre las posibles representaciones mentales de otra persona (pero no sobre otra información de tipo social) son la unión temporoparietal izquierda y el cíngulo posterior (Saxe & Powell, 2006), lo que sugiere que es un proceso particular y específico del cerebro frente a una información del miedo social.

- **Empatía.** Se refiere a la comprensión de las consecuencias emocionales que tienen circunstancia o comportamiento propio en otra persona. Estas consecuencias se

comprenden gracias al proceso de simulación o imitación, la cual activa la corteza premotora y la acción de las neuronas espejo (Adolphs, 2003). La empatía afectiva parte del reconocimiento de lo que la otra persona piensa o siente en función de su expresión facial, a partir del cual se genera un estado emocional propio correspondiente con el supuestamente experimentado por la otra persona (Saxe & Baron-Cohen, 2006).

- **La empatía como componente de la cognición social.** En las últimas décadas se ha resaltado la relevancia de la empatía en la disposición prosocial de las personas y su función inhibitoria de la agresividad. (Eisenberg, 2000) planteó la importancia de la empatía en el desarrollo moral de las personas, entendida ésta como una respuesta emocional que proviene de la comprensión del estado o situación de los demás, y que 'es similar' a lo que la otra persona está sintiendo.

La respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar a partir de lo que se observa, de la información verbal o de la información accesible desde la memoria (toma de perspectiva), y la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. Así, la empatía debe favorecer la percepción tanto de las emociones (alegría, tristeza, sorpresa) como de las sensaciones (tacto, dolor) de otras personas. Por todo ello, la empatía debe desempeñar un papel central en la disposición prosocial de las personas y en su supervivencia, ya que ésta depende de la habilidad para funcionar de manera óptima dentro del contexto social, para lo cual es fundamental comprender lo que sienten los demás. Se trata, por tanto, de una forma de cognición social.

Se trataría del proceso de entender la interdependencia entre cognición y conducta social y se referiría a 'personas pensando sobre otras personas'. Los procesos cognitivos y sociales harían referencia a cómo extraemos inferencias sobre las creencias e intenciones de otras personas y cómo sopesamos los factores sociales y situacionales para llevarlas a cabo. La cognición social incluye las áreas de procesamiento de emociones, la percepción social, el conocimiento de las reglas sociales, el estilo atribucional y la teoría de la mente (ToM). También podemos incluir el concepto de empatía; sin embargo, como pondremos de manifiesto con

posterioridad, los límites entre los distintos tipos de cognición social no están totalmente delimitados.

Se ha sugerido que las habilidades cognitivas y sociales capacitan a los sujetos para interactuar de forma efectiva con su ambiente social, y que un fallo en ciertos aspectos de la cognición social llevaría al sujeto a percibir menos lo social, a reacciones inesperadas hacia el otro y, con el tiempo, a la retirada social. La cognición social, por tanto, parece ser crítica para el funcionamiento en comunidad. Por ello, paulatinamente está aumentando el interés por identificar los sustratos neuronales que subyacen a la cognición social (o a la falta de ella) y a sus componentes, como la empatía.

El procesamiento emocional se refiere a la forma en que percibimos y usamos las emociones y se basa en diferentes habilidades necesarias que ocurren en el proceso de ser identificado. Se ha estudiado dentro del campo de trabajo de la inteligencia emocional, entendida como un grupo de habilidades de la persona que combina emociones y cognición. Desde este modelo se incluyen cuatro componentes de procesamiento emocional: identificación, facilitación, entendimiento y manejo de emociones. Un aspecto a considerar es que las emociones pueden tener vertientes positivas y negativas, por lo que, en un trabajo reciente se ha postulado la adicción a las sustancias de abuso como la parte negativa de las emociones.

La percepción social se parece a la percepción de emociones, pero difiere en el tipo de juicio requerido. Los estudios de percepción social típicamente evalúan la habilidad para juzgar los roles y las reglas sociales y el contexto social. Las tareas de percepción social requieren que los sujetos utilicen señales sociales para inferir los acontecimientos situacionales que han generado dichas señales. Es decir, los sujetos, para una situación dada, tendrían que identificar rasgos o características interpersonales, como intimidad, estatus social, estado emocional y veracidad. Por tanto, la percepción social puede también referirse a la percepción que una persona tenga sobre las relaciones entre los demás, y no sólo a la percepción de señales generadas por una única persona.

El conocimiento social, también denominado esquema social, hace referencia a la conciencia de los roles, reglas y metas que caracterizan a las situaciones sociales y

guían las interacciones sociales. El conocimiento social se relaciona mucho con la percepción social debido a que la identificación de señales sociales frecuentemente requiere tener conocimiento de lo que es típico en una determinada situación social. Las atribuciones hacen referencia a cómo uno explica las causas tanto de los resultados positivos como de los negativos y de cómo el significado de los acontecimientos se basa en la atribución que hace uno sobre sus posibles causas.

- **Procesos sobre el sí mismo (self).** Se refiere a tareas introspectivas relacionadas con la autoestima, el autoconocimiento y la autoconciencia que representan a la persona como parte del mundo social (Rowe & cols, 2007), generando evaluaciones y valoraciones específicas sobre los eventos, sus consecuencias personales y la mejor actuación posible para mejorarlos.

Un proceso asociado a las representaciones del self, que no se presenta en todos los casos y se realiza fuera de la consciencia, es el razonamiento motivado, el cual se contrapone a la idea de la construcción exacta del mundo externo en la mente, ya que, en los momentos en los que el mundo social atenta contra la autoimagen, el razonamiento se modifica de forma que esta no sufra un impacto tan fuerte (Lieberman, 2005).

Rehabilitación Neuropsicológica

Implica el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible a nivel físico, psicológico y de adaptación social. Esto incluye poner todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes y para permitir a los pacientes alcanzar un nivel óptimo de integración social (WHO, 2001)

El concepto de rehabilitación neuropsicológica es más amplio e incluye diferentes tipos de intervención, que se pueden encuadrar en cuatro grandes grupos: rehabilitación cognitiva (que implica también estimulación cognitiva), modificación de conducta, intervención con familias y readaptación vocacional o profesional.

Lubrini, Genny; Periañez, José A; Rios-Lago, Marcos (2009) concluyen:

La rehabilitación neuropsicológica comprende un sistema de actividades terapéuticas, basado en las relaciones cerebro-conducta, dirigido a alcanzar cambios funcionales mediante: el establecimiento o refuerzo de patrones de conducta y de actividad cognitiva previamente aprendidos, el establecimiento de nuevos patrones de actividad cognitiva, por medio de estrategias sustitutorias, la introducción de nuevos patrones de actividad gracias a mecanismos compensatorios internos o externos y la ayuda al paciente y a su familia para adaptarse a la nueva condición de discapacidad para mejorar el funcionamiento global. (p. 13-14)

Las metas básicas de la intervención se pueden resumir en dos grandes objetivos (Wilson, 1991):

- ✓ Reducir las consecuencias de las deficiencias cognitivas en la vida diaria.
- ✓ Reducir el nivel en que estas deficiencias impiden el funcionamiento adecuado del individuo en su entorno social.

Estos objetivos globales se pueden detallar en cuatro objetivos específicos:

- Asegurar la autonomía personal y favorecer la socialización
- Favorecer la estimulación de las funciones cognitivas superiores
- Acompañar a la persona en la toma de conciencia de sus dificultades
- Acompañar a la persona y a sus allegados en el trabajo de elaborar un nuevo proyecto de vida.

La rehabilitación neuropsicológica implica el esfuerzo de un “equipo terapéutico” en el que están implicados diferentes participantes: los pacientes, que han de estar motivados y tener una cierta conciencia de sus dificultades; los familiares, que han de implicarse en el proceso rehabilitador, y los terapeutas que aportan el conocimiento y la experiencia y ayudan en el proceso de toma de decisiones (Anderson, Winocur y Palmer, 2003). De este modo la rehabilitación neuropsicológica ha de ser un proceso interactivo.

McLellan (1991) propuso que la rehabilitación no es algo que los terapeutas hacen o dan a los pacientes; no es como la cirugía o el suministro de medicamentos, sino un proceso dinámico que incluye tanto a la persona con deficiencias como al equipo terapéutico,

familiares, miembros de la comunidad cercana. Se puede decir entonces que la rehabilitación neuropsicológica es un proceso que posee unas características similares a cualquier intervención psicoterapéutica, en la que se espera que el paciente trabaje de manera conjunta con el especialista para aliviar y/o restablecer las dificultades que surgen como producto de la alteración cerebral.

G. Thibault (1993) señala: “los terapeutas debemos decidir qué enfoque, de entre todo el abanico, es el más apropiado para un paciente en particular, en una fase del trastorno específica, con una situación única y personal, edad, entorno...Incluso cuándo se ha iniciado la rehabilitación...”. Ahora bien, esta elección ha de estar basada en dos pilares básicos que han de ser combinados (Cicerone, 2006; Cicerone *et al.*, 2000; Cicerone, Levin, Malec, Stuss y Whyte, 2006): la mejor evidencia científica disponible y la experiencia y el juicio clínico.

La rehabilitación cognitiva se define como la aplicación de procedimientos y técnicas y la utilización de apoyos con el fin de que la persona con déficits cognitivos pueda retomar de manera segura, productiva e independiente sus actividades cotidianas (Ponsford, et al., 1995; Sohlberg y Mateer, 2001).

Función ejecutiva

Las primeras definiciones a este concepto los realizó el médico y neuropsicólogo Alexander Romanovich Luria quien definió una actividad cognitiva que regula el comportamiento y que posibilita la actuación en función de un objetivo. Con sus primeros estudios en personas con daños en el lóbulo frontal, aseguró como esta parte del cerebro era responsable de la regulación, la programación, la verificación y el control de una actividad y cómo una lesión en esta zona afecta la resolución de problemas y la conducta de la persona. Luria se aproximó en definir la función reguladora desde un aspecto comportamental

Posterior a Luria, se generan otras explicaciones de la función reguladora. Desde la neuropsicología, el señalamiento de que el lóbulo frontal tiene un rol en el funcionamiento ejecutivo cerebral y a su vez cada zona de este lóbulo está asociada con distintas

habilidades cognitivas. La corteza dorsolateral está relacionada con la anticipación, establecimiento de metas, memoria de trabajo, planificación, flexibilidad mental, inicio de tareas, secuencia y monitoreo de acciones. La corteza orbitofrontal asociada a la regulación a la regulación de la conducta, a la formación de expectativas, toma de decisiones y estimación de recompensas y castigos. La corteza frontomedial se relaciona con la inhibición, solución de problemas y regulación atencional. Más adelante otros descubrimientos definirían la participación de otras áreas cerebrales como las estructuras corticales y subcorticales, a la misma actividad del lóbulo frontal.

Adicionalmente se atribuye al lóbulo frontal un rol importante en la afectividad, el desarrollo social y de la personalidad, la autoconciencia y la inconsciencia (Stuss y Alexander, 2000).

En 2001 Goldberg retoma estudios de Luria y definió el lóbulo frontal como responsable de la identidad, los impulsos, las ambiciones, la personalidad y la esencia de la persona; además de ser el área más destacada en los procesos de aprendizaje, motivación y atención. Suma relevancia de la función ejecutiva de este lóbulo en la vida cotidiana y en los trastornos de la infancia, adolescencia y adultez.

La Función Ejecutiva, para Lezak (1995), explica las capacidades que tiene el individuo para actuar de manera independiente, con un objetivo fijo y elaborando conductas adecuadas y de autosuficiencia, acompañándose de una planificación y accionar de manera propositiva, con control volitivo y desempeño afectivo. Lo anterior realizado por un conjunto de habilidades ejecutivas que laboran por un objetivo común: llevar al sujeto a tener una conducta persona y socialmente aceptada.

El neuropsicólogo Joaquín Fuster, a partir de Lezak, explicó los síndromes prefrontal y su relación con la Función Ejecutiva que permitieron comprender las estructuras neuronales que subyacen a la cognición y al comportamiento. Para Fuster la corteza prefrontal se destaca en el manejo de la Función Ejecutiva como principal región cerebral de integración porque recibe información de los sistemas motores y sensoriales; organizando las acciones hacia objetivos específicos, ya sean conductuales, cognitivos o de lenguaje. Por tanto, todas las partes del lóbulo frontal participan de la estructuración de la conducta con la preparación

antes de la acción, la memoria de trabajo y el control de las interferencias (Fuster 2000 y 2002).

Otros autores como Stuss y Benson (1995) explicaron que el lóbulo frontal regula la conducta de manera jerárquica a través de secuencias, activación, modulación, inhibición, control de actividades cognitivas y análisis. Para el 2000, Stuss y Alexander explicaron que un individuo al realizar tareas complejas involucra múltiples procesos de distintas regiones del lóbulo frontal, lo que determina que los procesos de la Función Ejecutiva no se encuentran en una sola región específica del lóbulo y que involucra otros circuitos neuronales.

Los estudios, entonces a través de los años concluyen que la regulación conductual es además emocional y el individuo la realiza de manera consciente, con intenciones definidas y planeadas para adaptarse a diferentes ambientes y contextos en el que se desarrolla y con los que interacciona; apoyándose en funciones como la percepción y la memoria y de los demás procesos cognitivos. Goldberg (2002) explica que en la secuencia de sucesos para solucionar problemas lo más importante es hacer planes y luego seguir los planes para guiar el comportamiento, con el soporte de la motivación y la iniciativa del comportamiento, la identificación del objetivo, la selección de herramientas y la ejecución del plan de manera ordenada y en tiempo estimado.

El mismo autor Goldberg (2002) explicó que el control volitivo, como parte del funcionamiento ejecutivo en el lóbulo frontal, es la capacidad que tiene el individuo para considerar las consecuencias de sus acciones y considerar llevar a cabo o no el comportamiento. Esta capacidad aparece a lo largo del desarrollo del individuo y es necesaria para el desempeño escolar y social. Si estas funciones son deficientes hay limitada capacidad de acción en el individuo.

Relación con el trastorno TDAH

El TD se asocia con el Trastorno por Déficit atencional con Hiperactividad (TDAH) al presentarse dificultades en las conductas de los ámbitos social, académico y familiares, con

un incremento de conductas antisociales. Además ambos trastornos manifiestan alteraciones neuropsicológicas, específicamente en funciones ejecutivas (Dery y cols., 1999). Sin embargo tienen una diferencia significativa los niños con TDAH que aunque presentan un comportamiento perturbador debido a su desatención e impulsividad, no violan las normas sociales ni son desafiantes. Por lo último un diagnóstico completo indicaría la diferencia para determinar el tratamiento adecuado.

Otros autores como Palacio et al., (2004) también aseguran que en el TD existe un menor rendimiento en funciones ejecutivas. Complementándose el anterior postulado con el de Rey Anacona (2010), que determina que los niños y niñas con desorden de conducta presentan dificultades en su desarrollo socio-cognitivo, verbal lingüístico e intelectual; factores que favorecen la conducta antisocial.

Tratamiento del trastorno disocial de la conducta

Antes de indicar los tratamientos frente al TAP, es importante mencionar las causas y los factores biopsicosociales que pueden ser predisponentes a dicho trastorno. Se toman para dicho fin, algunas investigaciones relevantes de mayor actualidad, que arrojan conclusiones notables y de peso sobre las causas del TAP. Se encontró en Colombia una investigación realizada por Trujillo, Pineda, y Puerta (2007) en la ciudad de Medellín, con menores infractores de sexo masculino, entre los 12 y 16 años, y un grupo control con las mismas edades pero sin antecedentes penales ni historial de infracción. Como descubrimientos significativos se encontró que los menores infractores presentan deficiencia en relación con el grupo control en procesos tales como: el lenguaje frente a la evocación inmediata, las funciones ejecutivas, en los procesos psicológicos básicos, rendimiento viso espacial y por lo tanto menor rendimiento académico.

Fairchild (2009) quien afirma que el déficit en funcionamiento ejecutivo en los menores con TAP, puede intervenir en la causa de la agresión y los comportamientos violentos, a su vez Rey (2001) en una de sus investigaciones encontró, encontró que los varones con TAP poseen bajos niveles de empatía, de tal manera que a estos chicos les cuesta percibir el dolor del otro, así mismo realizar renunciaciones en su deseo para lograr adaptarse a la sociedad.

Pineda y Puerta (2001) nombran también como causa del trastorno el contexto, en este caso estratos socioeconómicos bajos, donde se vive en condiciones de pobreza, poca educación, familias numerosas y por ende una atención menos personalizada, con menos reglas, menos afecto y derechos básicos sin suplir generando como consecuencia familias disfuncionales, abandonos, maltratos, convirtiéndose en lo anterior en refuerzos de conductas agresivas, en vista de la ausencia de figuras de apego el poco o nulo desarrollo de la empatía.

Pineda y Puerta (2001) expresan el riesgo que tiene los jóvenes al pertenecer a un contexto de violencia partiendo de las investigaciones realizadas en Colombia refiriéndolo así:

“Uno de los elementos que influye en el crecimiento exponencial de la violencia entre jóvenes Colombianos, es la presencia de un entorno violento que refuerce negativamente la violencia y las agresiones como medio para alcanzar fines determinados, en este sentido la violencia social y política como fenómeno histórico impacta constantemente a población civil que aparece como blanco de ataque de los bandos en disputa.”

Después de hacer un breve recuento de las posibles causas del TAP, con el fin de hablar de posibles tratamientos que apunten a la etiología del trastorno, empecemos por nombrar algunas formas de tratamiento se utilizan actualmente para la atención del TAP, antes de pasar al tratamiento es importante reconocer que el factor social y familiar son posibles causas de dicho trastorno, para ello es necesario entonces en la prevención, el acompañamiento a las familias en pautas de crianza, la construcción de apegos seguros, y una educación en derechos humanos.

Después de hablar de las causas y de alguna manera de prevenir el TAP, se revisara algunos tratamientos utilizados en dicho trastorno.

Tratamiento farmacológico:

Carbonato de litio: la efectividad de este medicamento ha sido demostrada en diferentes investigaciones, llegando a la conclusión que su utilidad radica en conductas explosivas y no tanto en las agresivas.

Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS): se ha demostrado que su efecto inhibe la agresión, entre estos esta la Flouxetina se ha probado su efectividad en conductas agresivas y auto lesivas.

El grupo de los anti sicóticos atípicos como la risperidona, la clozapina y la olanzapina: son utilizados principalmente en etapas agudas del trastorno bipolar y comorbilidad en el TAP, pero tienen efectos colaterales significativos.

Intervención psicosocial:

La intención de esta intervención va dirigida al núcleo familiar con el fin de mejorar la comunicación y el contenido agresivo de la misma, además reconocer vínculos disfuncionales al interior de la familiar, también se aplica la terapia individual si es necesario por medio de la terapia cognoscitiva conductual los procesos cognoscitivos de percepción, auto conocimiento, atribuciones y destrezas en la solución de problemas; la tramitación de problemas por medio de TCC reside en el desarrollo interpersonal cognoscitivo de las destrezas para solucionar los problemas. Orientados los adolescentes hacia una mejor conducta social se les enfoca principalmente en la manera en que éstos puedan aprovechar las oportunidades; se les enseña a solucionar sus problemas interpersonales, utilizando técnicas que incluyen juegos, actividades académicas e historias; se combinan varios tipos de procedimiento como el rol playing y el reforzamiento. Se ha demostrado que este tipo de intervención puede disminuir conductas disociales. Hibbs DE (1996)

Otra forma de intervención son los programas psicoeducativos

Existen también programas psicoeducativos enfocados a los padres o cuidadores, con el fin de orientarlos sobre el TAP y su etiología, la agresividad familiar como posible causa del TAP pero a su vez técnicas que les permita disminuir dicha agresividad en sus casas, además de entrenamiento en pautas de crianza, norma, autoridad, deberes derechos, manejo del estrés. El límite de estas intervenciones es que a largo plazo no son tan efectivas.

➤ **DISCUSIÓN**

Según la investigación realizada se puede concluir que el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) se caracteriza por la falta de conciencia respecto a lo bueno y lo malo, incluyendo la falta de remordimiento o de vergüenza por actos dañinos cometidos hacia los demás, allí el proceso de la cognición social se ve afectado.

La cognición social puede definirse como un proceso neurobiológico (Butman 2001), psicológico y social para construir una representación del ambiente de interacción de los individuos (Adolphs 2001), y posteriormente generar el comportamiento social, es decir, la respuesta más adecuada según la circunstancia particular. Además de verse afectada la percepción social, la cual según Pelphry, Adolphs & Morris, es un estadio inicial que evalúa las intenciones de los demás a través de su conducta- dirección de la mirada y movimiento corporal; y el estilo atribucional (cómo se explica la conducta de otras personas).

Con base en lo anterior los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad (TAP) dejan de comprender las consecuencias emocionales que tienen los comportamientos propios en otra persona. Como lo afirman Saxe & Baron-Cohen la empatía afectiva parte del reconocimiento de lo que la otra persona piensa o siente en función de su expresión facial, a partir del cual se genera un estado emocional propio correspondiente con el supuestamente experimentado. Dichas consecuencias son comprendidas gracias al proceso de simulación o imitación, la cual activa la corteza premotora y la acción de las neuronas espejo (Adolphs, 2003), las que posiblemente están afectadas en las personas con trastorno antisocial de la personalidad.

En las características principales del trastorno antisocial de la personalidad se incluye la falta de remordimiento o de vergüenza por actos dañinos cometidos hacia los demás, poca capacidad de juicio e incapacidad de amar; falta de respuesta emocional hacia los demás,

impulsividad (“conducta fantástica y poco atractiva”); ausencia de “nerviosismo” y falta de confianza, falsedad y falta de sinceridad. (Philippe Pine, 1801), viéndose afectado los procesos sobre el sí mismo, el cual se refiere a tareas introspectivas relacionadas con la autoestima, el autoconocimiento y la autoconciencia que representan a la persona como parte del mundo social (Rowe & Cols, 2007)

Wallace, Vitale y Newman (1999), consideran que estos sujetos con trastorno antisocial de la personalidad no tiene problema en los contenidos esquemáticos, pues ellos conocen muy bien las reglas, sino más bien presentan una falla en la atención de estos individuos y que es fundamentales para organizar e interpretar la conducta orientada a un fin, lo que complementado con la interpretación de Millon (Millon y col., 2001), los que sostienen que en la TAP existe un patrón de personalidad común para todos y es la agresividad fluctuando de formas leves a extremadamente graves. Considerándose altamente asociado el consumo de drogas psicoactivas y alcohol por parte de estos sujetos tal como demuestran Lynam, Widiger y Leukefeld (2001) en estudios recientes han hallado un alto porcentaje de los consumidores, abusadores y dependientes de alcohol y otras drogas entre delincuentes psicopáticos. La presencia de trastornos mentales o psicopatológicos y psicopatía incrementa el riesgo de violencia y agresión (Hill, Newman y Rogers, 2004).

Si bien estos sujetos conocen las reglas que rigen su cultura y su comunidad, además de conocer las consecuencias del consumo de drogas, pareciera que perdieran la noción de la importancia que tiene acatar estas normas sociales, en últimas ellos no saben o no pueden adaptarse a ellas. Por esto que, a pesar de que saben que están haciendo un mal, actúan por impulso para alcanzar lo que desean, cometiendo en muchos casos delitos graves

En lo cual se busca una rehabilitación neurocognitiva significando este término:

El concepto de rehabilitación neuropsicológica es más amplio e incluye diferentes tipos de intervención, que se pueden encuadrar en cuatro grandes grupos: rehabilitación cognitiva (que implica también estimulación cognitiva), modificación de conducta, intervención con familias y readaptación vocacional o profesional.

Lubrini, Genny; Periañez, José A; Rios-Lago, Marcos (2009) concluyen:

La rehabilitación neuropsicológica comprende un sistema de actividades terapéuticas, basado en las relaciones cerebro-conducta, dirigido a alcanzar cambios funcionales mediante: el establecimiento o refuerzo de patrones de conducta y de actividad cognitiva previamente aprendidos, el establecimiento de nuevos patrones de actividad cognitiva, por medio de estrategias sustitutorias, la introducción de nuevos patrones de actividad gracias a mecanismos compensatorios internos o externos y la ayuda al paciente y a su familia para adaptarse a la nueva condición de discapacidad para mejorar el funcionamiento global. (p. 13-14)

Esto implica un es el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible a nivel físico, psicológico y de adaptación social (WHO, 2001).

La rehabilitación neuropsicológica implica el esfuerzo de un “equipo terapéutico” en el que están implicados diferentes participantes: los pacientes, que han de estar motivados y tener una cierta conciencia de sus dificultades; los familiares, que han de implicarse en el proceso rehabilitador, y los terapeutas que aportan el conocimiento y la experiencia y ayudan en el proceso de toma de decisiones (Anderson, Winocur y Palmer, 2003).

Para esto se necesita según McLellan (1991) que la rehabilitación no es algo que los terapeutas hacen o dan a los pacientes; no es como la cirugía o el suministro de medicamentos, sino un proceso dinámico que incluye tanto a la persona con deficiencias como al equipo terapéutico, familiares, miembros de la comunidad cercana. Se puede decir entonces que la rehabilitación neuropsicológica es un proceso que posee unas características similares a cualquier intervención psicoterapéutica, en la que se espera que el paciente trabaje de manera conjunta con el especialista para aliviar y/o restablecer las dificultades que surgen como producto de la alteración cerebral.

la rehabilitación cognitiva se define como la aplicación de procedimientos y técnicas y la utilización de apoyos con el fin de que la persona con déficits cognitivos pueda retomar de manera segura, productiva e independiente sus actividades cotidianas (Ponsford, et al., 1995; Sohlberg y Mateer, 2001).

El desarrollo de las técnicas de neuroimagen ha hecho posible que se produzca un espectacular avance en el conocimiento de las estructuras neuronales implicadas en diversos procesos psicológicos y comportamientos complejos. En este sentido, en los últimos años ha habido un notable incremento del número de estudios focalizados en analizar y comprender el funcionamiento de los circuitos cerebrales implicados en la empatía. Así, se han llevado a cabo diversas estrategias experimentales para tratar de reproducir en el laboratorio diversas situaciones que podrían producir empatía de manera similar a como ocurre en la vida cotidiana.

Los principales diseños experimentales se centran en la presentación de estímulos con contenido emocional imágenes o situaciones, estímulos dolorosos o estímulos somato sensoriales, y en el análisis de la relación entre empatía y perdón. Estos estudios han puesto de manifiesto que, entre otras estructuras, las cortezas prefrontal y temporal, la amígdala y otras estructuras límbicas como la ínsula y la corteza cingulada desempeñan un papel fundamental en la empatía. Las estructuras cerebrales previamente señaladas guardarían semejanza con aquellas relacionadas con la agresión y la violencia, por lo que los circuitos neuronales implicados en la empatía y la violencia podrían ser parcialmente similares.

La gran complejidad del tema, así como de los resultados obtenidos hasta el momento, hace necesario plantear futuros estudios en los que se intenten controlar al máximo numerosas variables, como el modelo teórico del que se parte, la estrategia metodológica utilizada, el tipo de técnica empleada, las variaciones individuales en la empatía, las diferencias de género y la personalidad de los sujetos.

Del mismo modo, es fundamental integrar toda esta información con la proveniente de otros trabajos centrados en la vertiente patológica de la empatía, como los llevados a cabo en autismo, esquizofrenia, daño frontal o síndrome apático, entre otros.

Bibliografía

- Arango Lasprilla, Juan Carlos (2006) *Rehabilitación neuropsicológica*. México : El Manual Moderno
- Butman, J. (2001). *La cognición social y la corteza cerebral*. *Revista Neurológica Argentina*, 26, pp.117- 122
- Lopera, Patricia; Gutierrez, Elkin Dario (2010). *Cartilla Orientación para la Formación de Proyectos de Grado, Metodología Estado del Arte*. Colombia: Grupo GAMES
- Grupo de Investigación en Salud Mental – Universidad CES. *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012*.
- Félix, V. (2003). *Evaluación de la impulsividad en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través de tareas neuropsicológicas*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Félix, V. (2005). *Perspectivas recientes en la evaluación neuropsicológica y comportamental del Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad*. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(3), 215-232.
- Moral de la Rubia, José . Ortiz Morales, Humberto. *Un Modelo Predictivo de Conducta Disocial por Análisis de Senderos*. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. *Anuario de Psicología Jurídica*. Vol. 21, 2011 - Págs. 27-40.
- López-Soler, Concepción. Castro Sáez. *Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género*. Universidad de Murcia. *Psicothema* 2009. Vol. 21. n'3. pp. 353-358.
- Marron Muñoz Elena (2012) *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: UOC
- Valdivieso, C. U. (2010) *Una breve introducción a la cognición social: procesos y estructuras relacionados*. Tomado de: http://www.contextosrevista.com/Revista%204/A5_Una%20introducci%C3%B3n%20a%20la%20cognici%C3%B3n%20social.pdf, el 15 de abril de 2013
- López Miguel María José & Núñez Gaitán María del Carmen. (2008) *Psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad*. Tomado de: <http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano7-2009/a72009art1.pdf>

- *Roca Bennasar Miquel. (2010). Trastornos de personalidad. Editorial Lexus, pp. 491-511.*
- *Mónica Gómez Botero, Mónica. Arango Tobón ,Eduardo. Molina Gonzalez, David. Características de la teoría en el trastorno disocial de la conducta. Psicología desde el Caribe N° 26, julio-diciembre 2010.*
- *Eisenberg N. Emotion, regulation, and moral development. Annu Rev Psychol 2000; 51: 665-97.*
- *Pinkham AE, Penn DL. Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. Psychiatry Res 2006; 143: 167-78.*
- *Chartrand TL, Bargh JA. The chameleon effect: the perception-behavior link and social interaction. J Pers Soc Psychol 1999; 76: 893-910.*