



Adaptación de la Iowa Scales of Personality Change (ISPC)

Resumen. Los trastornos de personalidad seguidos del daño cerebral pueden ser devastadores, y en relación con el funcionamiento psicosocial en particular, pueden tener un impacto más profundo que los deterioros cognitivos adquiridos. Al momento de programar un proceso de rehabilitación es imprescindible conocer tanto las características de la personalidad premórbida como también el consecuente cambio en la misma. **Objetivo:** Se planteó como objetivo realizar el proceso de adaptación de la versión española de la Iowa Scales of Personality Change (ISPC), de Barrash et al. en población argentina. **Metodología:** Se realizaron tres estudios: el primero consta de la adaptación lingüística de la versión española de la escala; el segundo implicó un estudio de jueces elaborado por cuatro profesionales del área; por último, se realizó una prueba piloto donde se aplicó la versión final de la escala a cuatro familiares de la “Fundación Rita Bianchi”. **Resultados:** Los resultados indican que la adecuación lingüística de la versión española facilitó la comprensión de las subescalas por parte del informante. Por otro lado, el estudio de jueces permitió efectuar los cambios pertinentes en los títulos de las subescalas y en sus definiciones, logrando la versión final. Por último, en la prueba piloto se obtuvo información tanto sobre los rasgos de personalidad mantenidos, como sobre los síntomas adquiridos luego de accidente cerebrovascular y de traumatismo craneoencefálico. **Discusión:** Se concluye que es posible tener una aproximación al cambio de personalidad luego de una lesión neurológica a partir de la ISPC y que contar con esta información ayuda al trabajo del equipo terapéutico.

Abstract. Introduction: Personality disorders followed by brain damage can be devastating, and in relation to psychosocial functioning in particular, can have a deeper impact than acquired cognitive impairments. When scheduling a rehabilitation process is essential to know both premorbid personality characteristics as well as the consequent change in it. **Objective:** The aim of the research is to make the process of adaptation of the Spanish version of the Iowa Scales of Personality Change (ISPC) of Barrash et al. in Argentinean population. **Methodology:** Three studies were conducted – the first one was a linguistic adaptation of the Spanish version of the scale; the second study involved a survey of judges made up of four professionals of the area. The latest study was a pilot test in which the final version of the scale was applied in four relatives of the Neurological Rehabilitation Clinic “Fundación Rita Bianchi”, in two relatives of patients who suffered a cerebrovascular accident (CVA) and in two relatives of patients with traumatic brain injury (TBI). **Results:** The results obtained indicate that the adequacy of the Spanish language version facilitated the understanding of the subscales by the informant. On the other hand, the study of judges allowed to make the relevant changes in the titles of the subscales and their definitions, achieving the final version. Finally, in the pilot test information was obtained on both personality traits maintained as acquired symptoms after stroke and traumatic brain injury. **Discussion:** It is concluded that it is possible to take an approach on personality change after a neurological injury from the ISPC, and that having this information contributes to the work carried out by the treatment team.

Roqué, Denise ^a, Murillo, Pablo Antonio ^a, Vaiman, Marcelo ^a, y Simes, Rosana H. ^b

^a Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

^b Clínica de Rehabilitación Neurológica “Fundación Rita Bianchi”

Palabras claves

cambio de personalidad; daño neurológico; rehabilitación; neuropsicología.

Keywords

personality change; neurological damage; rehabilitation; neuropsychology

Enviar correspondencia a:

Denise, R.
deroqueb@gmail.com

1. Introducción

1.1. Cambios de personalidad en personas con daño neurológico

El término “personalidad” es un concepto ampliamente definido en la literatura. Para los fines de éste trabajo, se lo comprende desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ta edición (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2002), como patrones perdurables de percepción y de pensamiento sobre el medio ambiente y uno mismo, que se exhiben en una amplia gama

de contextos sociales y personales. La emoción, la conducta y la cognición convergen en la personalidad, y el deterioro de cualquiera de estos tres pilares puede crear un marcado cambio en la personalidad, manifestándose en interacciones sociales y personales que se convierten en disfuncionales como consecuencia directa de la patología (Chow, 2000).

Con los años, una amplia literatura ha desarrollado la descripción de cambios profundos de personalidad en individuos normales que sufrieron daños en la corteza prefrontal, comenzando con el paradigmático caso de Phineas Gage (Harlow, 1868) y siguiendo con los desarrollados por Luria (1969), Blumer y Benson (1975), y Stuss y Benson (1984, 1986) (Barrash et al., 2011). Actualmente, autores como Nightingale, Soo y Tate (como se cita en Barrash et al., 2011), reconocen que los trastornos de personalidad seguidos del daño cerebral pueden ser devastadores, y en relación con el funcionamiento psicosocial en particular, pueden tener un impacto más profundo que los deterioros cognitivos adquiridos.

Se comprende que, dependiendo del tipo y extensión de la lesión que sufre el Sistema Nervioso Central (desde procesos neurodegenerativos hasta neoplasias, traumatismos o derrames cerebrales), y su implicancia sobre los lóbulos frontales, es más difícil predecir exactamente qué cambios de personalidad ocurrirán o cómo progresará la historia natural de ese cambio. Desde aquí, al momento de programar un proceso de rehabilitación que se corresponda con el carácter único de la persona atendida, es imprescindible indagar y conocer, tanto las características de la personalidad previa a la enfermedad o accidente, como también el consecuente cambio en la misma. Con frecuencia podemos encontrar personas con lesiones en áreas prefrontales con resultados normales en amplias baterías neuropsicológicas, mientras que sus déficits pueden ocasionar consecuencias devastadoras de tipo interpersonal, laboral y legal (Guallart-Balet et al., 2015). Una lesión del cerebro compromete dimensiones no sólo físicas y de la imagen personal previas, sino también origina déficits de las funciones cognitivas superiores (atención, memoria, funciones ejecutivas, entre otras), y compromete en términos globales la identidad, los proyectos de vida y las expectativas de cada individuo (Bruna Rabassa et al., 2011).

Además, se destaca que una de las mayores fuentes de estrés y de problemas en general en los familiares de personas afectadas por daño cerebral son los cambios en la personalidad, en el control emocional y en el comportamiento, más que las discapacidades físicas que presente el individuo (Bruna Rabassa et al., 2011). Es así que, a medida que el tiempo va avanzando luego del daño cerebral, factores como la personalidad premórbida de la persona comienzan a cobrar progresiva relevancia. Muchos instrumentos psicológicos pueden medir el grado de cambio en la personalidad, pero pocos se pueden utilizar para extrapolar la capacidad del paciente para funcionar en el hogar o en general en la sociedad (Chow, 2000). Se vuelve imprescindible, entonces, tener un instrumento fiable y ecológico (que refleje situaciones reales con las que se podría encontrar una persona), que permita comparar cuantitativamente

los posibles cambios de la personalidad previa posteriores a una lesión neurológica, pudiendo beneficiarse todo el proceso de rehabilitación al tomar esto en cuenta.

En las últimas dos décadas, una serie de instrumentos estandarizados se han desarrollado para mejorar la evaluación de las secuelas neuroconductuales de la disfunción cerebral adquirida. Entre estos, la Iowa Scales of Personality Change (ISPC), desarrollada por Barrash et al, (Barrash et al., 2011), integrantes del grupo de la Universidad de Iowa, es la única que no está destinada para un tipo específico de patología (por ejemplo, demencia) o tipos específicos de cambios de personalidad (por ejemplo, problemas frontales); más bien, fue diseñada para caracterizar patrones de cambios de personalidad que pueden desprenderse de una extensa gama de condiciones neurológicas (Barrash et al., 2011).

Se ha desarrollado una amplia variedad de investigaciones referidas al cambio de personalidad en personas con alguna patología neurológica, algunas de las cuales se presentan a continuación. En primer lugar, el equipo de Barrash (Barrash, Tranel, & Anderson, 2000), aplicó la ISPC a informantes (familiares) de 57 participantes: 7 con lesiones prefrontales ventromedial bilaterales (PF-BVM), 14 con lesiones prefrontales sin compromiso ventromedial bilateral (PF-NBVM), y 36 con lesiones no-prefrontales (NPF). Uno de sus objetivos fue determinar el grado en que las observaciones clínicas de cambios de personalidad declaradas como consecuencia de daños bilaterales de la corteza prefrontal ventromedial (VM), son confirmadas por las calificaciones cuantitativas y estandarizadas de los informantes sobre las características de personalidad detalladas en la ISPC. Otro objetivo fue investigar si estos cambios de personalidad se asocian con lesiones VM específicamente, en lugar de daño cerebral en general. Los resultados apoyaron la sensibilidad y especificidad de la ISPC para caracterizar constelaciones de trastornos de personalidad y cambios de personalidad en los participantes con daño cerebral adquirido. Además, los autores demostraron que las lesiones PF-BVM estarían asociadas con una serie de trastornos adquiridos que no son atribuibles a un daño cerebral general y que son persistentes, permaneciendo como problemáticos casi 10 años después de la lesión.

Un grupo de investigadores españoles validaron al castellano la ISPC para la evaluación de los cambios de personalidad secundarios a lesiones cerebrales (Gualart-Balet et al., 2015). Trabajaron con una muestra de 31 pacientes con edades entre 18 y 60 años, que fueron evaluados a través de un informante (preferentemente familiares directos del paciente). Para asegurar la validez y fiabilidad, los investigadores sometieron el cuestionario a un proceso de adaptación transcultural que incluía técnicas de traducción-retrotraducción al castellano, para certificar que las preguntas sean equivalentes en los dos idiomas. Las discrepancias entre ambas traducciones se resolvieron por consenso y la versión en el nuevo idioma es la que se validó. Los estudios que se realizaron para la validación de la ISPC fueron: coeficiente de Cronbach, confiabilidad inter-examinadores y confiabilidad test-retest, y para validación concurrente utilizaron el Neuropsychiatric Inventory (NPI). Los autores concluyen que la versión española de la ISPC es una escala válida y fiable que valora de forma ecológica las funciones ejecutivas “cognitivas y conductuales” de la vida cotidiana de la persona, los aspectos motivacionales y

emocionales, proporciona una metodología de evaluación que permite discriminar cambios de la personalidad controlando el sesgo que suponen los posibles rasgos anómalos de personalidad premórbida, permite una exploración psicopatológica general de síntomas menos específicos, e incluye cuatro ítems control que permiten detectar informantes poco fiables. Remarcan que la utilización de esta escala debe complementarse con una correcta exploración psicopatológica, neurológica y neuropsicológica (Guallart-Balet et al., 2015).

En otro estudio (Rochat, Ammann, Mayer, Annoni, & Linden, 2009), se exploraron las relaciones entre los cambios socio-emocionales (evaluados por la ISPC) y el síndrome disejecutivo (evaluado con la Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome [BADS]), en 25 pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE). En sus resultados, los autores encontraron que la subprueba “Seis Elementos Modificada” fue la única tarea de la BADS significativamente relacionada con cambios de comportamiento, y más específicamente con trastornos de externalización (irritabilidad, impulsividad, falta de planificación, insensibilidad, inadecuación social, impaciencia, agresividad y afecto inadecuado), en comparación con su condición premórbida. Los autores concluyeron que la ISPC ofrece mayor información sobre la evaluación y comprensión de los cambios de comportamiento en pacientes con TCE, cubriendo una amplia gama de trastornos conductuales y emocionales, y evaluando no sólo la magnitud de estos trastornos, sino también el grado en que los mismos representan cambios en la condición premórbida del paciente. Destacaron también que las funciones ejecutivas (particularmente la multitarea), abarcan procesos mediante los cuales se puede controlar conscientemente las propias reacciones emocionales y los comportamientos, observándose en los trastornos ejecutivos la perturbación de esta regulación.

Malloy y Grace, de la Brown University Medical School, realizaron una revisión de escalas de evaluación para medir el cambio de comportamiento seguido del daño de los sistemas frontales (Malloy & Grace, 2005). Los autores afirman que, lo que es especialmente notable es la capacidad de la Iowa Scale of Personality Change (ISPC), para capturar la relación específica entre el síndrome conductual de sociopatía adquirida y el daño prefrontal ventromedial. Destacan que la escala permite comparar el comportamiento premórbido y post lesión del paciente a partir de los datos brindados por el familiar cercano, y que las calificaciones completadas por los cuidadores se pueden realizar con un mínimo de supervisión por el examinador y, por lo tanto, son muy rentables. Concluyen que la ISPC es una de las únicas escalas que se ha demostrado para discriminar grupos de lesiones focales frontales de grupos de lesiones no frontales, junto con la Escala de Comportamiento de los Sistemas Frontales (FrSBe, en inglés).

En otro estudio de revisión de escalas de evaluación para medir el cambio de conducta debido a lesión cerebral (Martín de la Hueriga, Muriel, Aparicio-López, Sánchez-Carrión, & Roig Rovira, 2014), se identificaron varios instrumentos que logran cuantificar los cambios conductuales, pero además en muchos de ellos se abordan aspectos emocionales, psiquiátricos y de calidad de vida. La mayoría de las

escalas son autoadministradas, tanto al paciente como al familiar o cuidador. Entre las escalas descriptas, se encuentra la Iowa Scale of Personality Change (ISPC), surgida tras una investigación donde se demostró la poca fiabilidad y validez de las pruebas específicas de personalidad en personas con daño cerebral. El equipo de Barrash buscó evaluar los cambios afectivos, conductuales y sociales tras la lesión cerebral a partir de 27 ítems, identificando tanto las manifestaciones clínicas como el nivel de cambio, en sus dos versiones: para el paciente y para el familiar.

Se destaca la escasez de datos normativos en español sobre esta escala. La revisión concluye indicando que, a pesar de la poca variedad de escalas en español dedicadas a la evaluación de la conducta, se encontraron instrumentos idóneos en la práctica clínica para el diagnóstico de cambios comportamentales y se resaltó la importancia de incluirlas como una herramienta más en los tratamientos de rehabilitación (Martín de la Huerga et al., 2014).

La existencia de un instrumento adaptado a nuestro medio que nos ayude a valorar estos procesos ejecutivos cognitivos, motivacionales y emocionales de elevada complejidad resulta fundamental en la práctica clínica.

1.2. *Objetivos*

Objetivo General

Realizar el proceso de Adaptación de la versión española de la Iowa Scales of Personality Change (ISPC), de Barrash et al. a población argentina.

Objetivos Específicos

Realizar el proceso de adecuación lingüística de la versión española de la Iowa Scales of Personality Change (ISPC).

Obtener evidencias de validez interna, específicamente de contenido, de la adaptación de la Iowa Scales of Personality Change (ISPC).

Administrar la adaptación de la Iowa Scales of Personality Change (ISPC) a una muestra de cuatro familiares de pacientes de la Fundación Rita Bianchi.

2. Metodología

El siguiente trabajo se enmarca dentro de los estudios instrumentales, al estar encaminado al desarrollo de un aparato (en este caso, la escala), tanto desde el diseño (adaptación), como desde el estudio de las propiedades psicométricas del mismo (León & Montero, 2007).

2.1. Estudio 1: Adecuación lingüística de la versión española de la Iowa Scales of Personality Change (ISPC)

2.1.1. Participantes

Para realizar la revisión de las expresiones españolas de la versión de la escala realizada en España y sustituirlas por modismos propios de nuestro país, se considera que el equipo que lleva adelante la adaptación es idóneo para este trabajo. No sólo porque somos argentinos nativos, sino también porque cada miembro forma parte de equipos de investigación con experiencia en construcción y adaptación de pruebas.

2.1.2. *Instrumento*

La Iowa Rating Scale of Personality Change (IRSPC), fue desarrollada en 1993 y revisada en 1997 por Barrash e integrantes del grupo de la Universidad de Iowa, y luego se la red denominó Iowa Scale of Personality Change (ISPC). La escala se caracteriza por relatar con ejemplos conductuales en la vida cotidiana (para estimar de la manera más precisa desde la perspectiva tanto cualitativa como cuantitativa), los cambios de la persona en cada uno de los ítems, y así facilitar la respuesta del informante y la fiabilidad de la valoración clínica. Valora el estado premórbido de cada ítem y lo compara con el estado actual, en una escala Likert de 1 a 7, obteniendo el cambio en una puntuación final que objetiva los cambios observados antes y después del daño cerebral adquirido (Guallart-Balet et al., 2015). Las propiedades psicométricas de la escala indican que el acuerdo entre evaluadores, medido por la magnitud de la discrepancia en la calificación, fue en general muy alto en todos los ítems, yendo desde 0,80 hasta 0,96. En cuanto a la validez, las calificaciones de los informantes muestran una buena concordancia con las puntuaciones neuropsicológicas (Barrash et al., 2011).

Los autores han objetivado cinco dimensiones: *Comportamiento social inadecuado, Déficit ejecutivo y en la toma de decisiones, Disminución de la motivación y aplanamiento emocional, Reactividad Emocional e Intolerancia al estrés*. La escala también incluye subescalas que contemplan otros trastornos psicopatológicos más generales (Depresión, Obsesividad, Fatiga, Ansiedad, Dependencia, Susplicacia, etc.), y consta de cuatro ítems infrecuentes en la clínica neuropsiquiátrica, que se utilizan como control para valorar la fiabilidad del informante: Comportamiento tipo A, Vanidad, Austeridad y Presencia de Conductas Manipulativas (Guallart-Balet et al., 2015).

Un grupo de investigadores españoles realizaron la traducción y validación de la escala. Efectuaron un proceso de adaptación transcultural que incluyó técnicas de traducción-retrotraducción, en este caso castellano, para certificar que las preguntas sean equivalentes en los dos idiomas y se asegure también la validez y fiabilidad de la ISPC (Guallart-Balet et al., 2015). Se contactó al grupo de investigadores y se solicitó la traducción al español de la escala.

2.1.3. *Procedimiento*

Principalmente, se realizaron cambios en cuanto a ciertas palabras y frases poco frecuentes en nuestro medio, enfatizando la equivalencia conceptual e intentando dar sentido a los ítems, pero sin

variar el significado o la intención de cada ítem en la versión española. Posteriormente, se pautó adoptar un criterio general respecto del título de cada ítem, redactándolos como función cognitiva a indagar (por ejemplo, Planificación), y no como síntoma que podría hallarse en casos de lesión cerebral (por ejemplo, Déficit de Planificación).

2.2. Estudio 2: Estudio de Jueces

2.2.1. Participantes

Los jueces que participaron en la adaptación fueron cuatro profesionales del área de salud: un neurólogo, un psiquiatra y una psicóloga, miembros de la Fundación Rita Bianchi, además de una psicóloga experta en Neuropsicología clínica. Se destaca que la totalidad de los jueces tiene experiencia tanto en el dominio o constructo a medir, como en la población a la cual se dirige la escala (Tornimbeni & Pérez, 2008).

2.2.2. Instrumento

Se diseñó un Estudio de Jueces sobre los ítems de la versión modificada, que consistía en cuatro columnas donde se le solicitaba a cada juez que complete: en la primera columna (Equivalencia), debía colocar el número de acuerdo a cuán equivalentes son la versión en español y en inglés del ítem, utilizando la siguiente escala: 1 (nada equivalente), 2 (poco equivalente), 3 (bastante equivalente) y 4 (muy equivalente). En la segunda columna (Congruencia), cada juez debía colocar en cada ítem el número (1 al 5) que corresponda con alguna de las cinco dimensiones propuestas por el modelo. En la tercera columna (Calidad), los jueces debían indicar la calidad formal de cada ítem (claridad, corrección gramatical, adecuación al nivel de comprensión de la población meta de la escala) utilizando la siguiente gradación: 1 (inadecuado), 2 (poco adecuado), 3 (bastante adecuado), 4 (muy adecuado), considerando que la población meta son familiares de personas con daño cerebral. En la quinta columna (Relevancia), los jueces debían indicar la pertinencia del ítem en el contexto de la Clínica, teniendo en cuenta las características de los pacientes y la finalidad de obtener esa información para la rehabilitación, utilizando la siguiente escala: 1 (nada relevante), 2 (poco relevante), 3 (bastante relevante) y 4 (muy relevante). Por último, en la cuarta columna (Observaciones), cada juez debía realizar todas las observaciones y sugerencias que desee.

2.2.3. Procedimiento

Se envió por correo electrónico el estudio de jueces a cada uno de los participantes, recibiendo las respuestas por la misma vía. Para el análisis de los datos, se pautó que los ítems que se modificarían serían aquellos que presentaran discrepancias en al menos una de las cuatro variables.

2.3. Estudio 3: Aplicación de la escala modificada

Se comprende que, al realizar una revisión de expertos, no se debe confiar exclusivamente en los resultados de sus análisis. Siempre es conveniente realizar una prueba piloto en una muestra pequeña, con el objetivo de corroborar empíricamente que los ítems sean claros y comprensibles para la población meta del instrumento (Tornimbeni & Pérez, 2008).

2.3.1. Participantes

Se les aplicó la escala modificada a cuatro familiares de pacientes internados y ambulatorios de la Fundación Rita Bianchi, dos que han sufrido TCE (traumatismo craneoencefálico) y dos que han sufrido ACV (accidente cerebrovascular).

2.3.2. Procedimiento

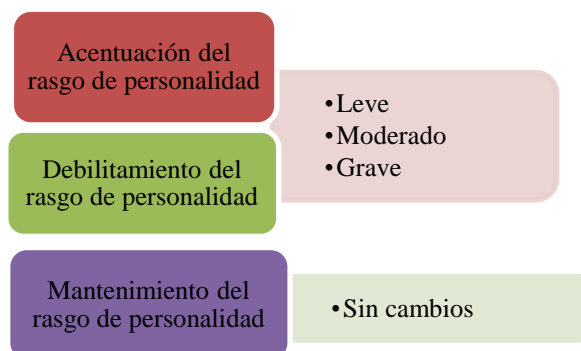
Luego de una reunión con los familiares participantes, donde se les detalló en qué consistía la investigación y para qué fines se utilizarían los datos a recabar, se aplicó la escala a cuatro familiares o personas cercanas de cuatro pacientes, dos con ACV y dos con TCE. Los informantes participaron de forma voluntaria, firmando un consentimiento informado.

Siguiendo las aclaraciones de los autores (Barrash et al., 2000), en primer lugar el informante es instruido para calificar el nivel postmórbido de la característica en los últimos meses (“ahora”). El nivel de la puntuación se hace a lo largo de una escala de 7 puntos, con 3 reflejando la cantidad promedio o habitual de la característica de un típico adulto normal, y las calificaciones más altas reflejan un creciente grado de perturbación en esa característica: 5 (nivel problemático) y 7 (perturbación grave). En segundo lugar, el informante califica la medida en que el nivel actual refleja un cambio desde el nivel premórbido (“antes”). El cambio se califica en una escala de 5 puntos que va desde -1 (inferior a la característica), 0 (sin cambio), a 1 (cambio leve), a 2 (cambio definitivo), y a 3 (cambio extremo). El término "alteración adquirida" utilizado por los autores, se define cuando a un participante se lo califica en “ahora” con 5 o superior (lo que indicaría que la característica está en un nivel problemático), y el índice de cambio es de 1 o superior (lo que indicaría un aumento postmórbido notable en la característica). Además, se tendrán en cuenta las puntuaciones de los ítems control (Nivel de Actividad, Manejo Económico y Conductas Manipulativas), en especial en casos de sobrestimación por parte del informador de los síntomas del paciente.

En cuanto a la lectura cualitativa de los resultados, se pautó una modalidad de análisis en la cual se parte de la ocurrencia o no de una modificación en los rasgos de personalidad predominantes. Las

medidas se detallan en el Esquema 1. La presencia de un cambio (acentuación o debilitamiento) leve, estaría expresado cuando hay diferencia de un punto entre "antes" y "ahora". Un cambio moderado se indicaría por una diferencia de dos puntos entre "antes" y "ahora". Cuando hay diferencia de tres puntos o más entre "antes" y "ahora", estaríamos hablando de un cambio grave. Y un mantenimiento del rasgo de personalidad, estaría indicado por la ausencia de cambios al comparar el "antes" con el "ahora".

Esquema 1.



Se realizaron lecturas analíticas de las cuatro escalas aplicadas, teniendo en cuenta tanto lo indicado por el familiar como lo que las profesionales psicólogas podían aportar con respecto a cada rasgo observado en las horas de rehabilitación de los pacientes. A los fines del análisis de los resultados, se optó por utilizar los títulos originales de algunos ítems para así evitar complicaciones en la interpretación de la información.

3. Resultados

3.1. Resultados Estudio 1: Adecuación lingüística de la versión española de la Iowa Scales of Personality Change (ISPC)

A los fines de este trabajo, se han modificado algunos de los ítems de la versión española. Los diecinueve títulos de ítems que se modificaron fueron: Falta de Iniciativa por Iniciativa, Inestabilidad Emocional por Estabilidad Emocional, Impersistencia por Persistencia, Déficit de Planificación por Planificación, Inflexibilidad por Flexibilidad, Juicio Empobrecido por Juicio, Insensibilidad por Sensibilidad, Comportamiento Inadecuado por Adecuación del Comportamiento, Impaciencia por Paciencia, Comportamiento "Tipo A" por Nivel de Actividad, Embotamiento Emocional por Intensidad Emocional, Retraimiento Social por Sociabilidad, Dificultad para tomar decisiones por Toma de decisiones, Suspiciousidad por Confianza, Falta de Interés por Interés, Austeridad por Manejo Económico, Incongruencia Emocional por Congruencia Emocional, Intolerancia al Estrés por Tolerancia al Estrés, y por último, Falta de Autoconsciencia por Nivel de Autoconsciencia. De esta manera, se comprende

que habría una reducción del sesgo del informante ante algunos ítems, facilitándose la respuesta del mismo y la fiabilidad de la valoración clínica.

3.2. Resultados Estudio 2: Estudio de Jueces

Teniendo en cuenta la información brindada por los jueces, se realizó un análisis de cada ítem partiendo de su correspondencia con alguna de las cinco dimensiones propuestas por el modelo (variable Congruencia). Se observó discrepancia en la ubicación de un 30% de los ítems (nueve ítems de los treinta que conforman la escala: Obsesividad, Sensibilidad, Dependencia, Nivel de Actividad, Intensidad Emocional, Agresividad, Vanidad, Confianza y Conductas Manipulativas). Los restantes veintiún ítems se dispusieron por la mayoría de los jueces como muestra la Tabla 1.

Tabla 1.

Dimensiones	Ítems según jueces
<i>Comportamiento social inadecuado</i>	Adecuación del comportamiento Sociabilidad
<i>Déficit ejecutivo y en la toma de decisiones</i>	Planificación Perseveración Persistencia Juicio Toma de decisiones Flexibilidad Manejo económico Nivel de autoconciencia
<i>Disminución de la motivación y aplanamiento emocional</i>	Interés Iniciativa Depresión Fatigabilidad
<i>Reactividad Emocional</i>	Irritabilidad Estabilidad emocional Paciencia Impulsividad Ansiedad Congruencia emocional
<i>Intolerancia al estrés</i>	Tolerancia al estrés

En cuanto al análisis de las tres variables restantes (Equivalencia, Calidad y Relevancia), se obtuvieron las medias por cada ítem según lo puntuado por cada juez y se estableció un punto de corte de 2,75. Con respecto a la variable Equivalencia, una media inferior a 2,75 indicaría cierta discrepancia entre la versión del ítem en inglés y la versión en español. En la variable Calidad, una media inferior a 2,75 reflejaría que el ítem presenta cierta falta de claridad, corrección gramatical y/o adecuación al nivel de comprensión de la población meta de la escala (familiares de personas con daño cerebral). En relación a la variable Relevancia, una media por debajo de 2,75 demostraría la impertinencia del ítem en el contexto de la Clínica. Las medias obtenidas en cada variable se presentan en la Tabla 2. Estos datos, junto con las observaciones realizadas por los jueces, permitieron efectuar las modificaciones necesarias que conformarían la versión final de la escala.

En función de lo analizado, se decide eliminar el ítem 23 (Vanidad) ya que, no sólo presenta inconvenientes para los jueces al momento de ubicarlo dentro de las cinco dimensiones planteadas (dos de los jueces lo ubicaron en la dimensión “Comportamiento Social Inadecuado” y los otros dos jueces en la dimensión “Reactividad Emocional”), sino que también es el único ítem que no demostraría ser relevante (presenta una media de 2,5 en la variable Relevancia, inferior al punto de corte pautado: 2,75).

Tabla 2.

Ítem	Media Equivalencia	Media Calidad	Media Relevancia
Irritabilidad	3,33	3,25	4
Iniciativa	2,33	2,75	4
Perseveración	3,67	3,5	4
Depresión	4,00	3,75	3,75
Impulsividad	4,00	3,5	4
Obsesividad	4,00	4	3,75
Estabilidad emocional	2,33	2,5	3,5
Fatigabilidad	4,00	3,5	3,75
Persistencia	3,33	3,5	4
Planificación	3,33	3,5	4
Flexibilidad	2,67	3,5	4
Juicio	2,33	3,5	4
Ansiedad	4,00	2,75	3,75
Sensibilidad	3,33	3,5	3,5
Adecuación del comportamiento	3,33	2,75	3,75
Dependencia	3,67	3,5	3,25
Paciencia	3,00	3	3,25
Nivel de actividad	4,00	3,75	3,25
Intensidad emocional	3,33	3,25	3
Sociabilidad	2,67	3,25	2,75
Agresividad	4,00	4	4
Toma de decisiones	2,33	3,25	4
Vanidad	3,66	3,75	2,5
Confianza	3,00	3,25	3,5
Interés	2,67	3,25	3,5
Manejo económico	2,67	3,5	2,75
Congruencia emocional	3,33	3,5	3,5
Conductas manipulativas	4,00	3,25	3
Tolerancia al estrés	3,00	3	3,75
Nivel de autoconciencia	3,33	3,5	4

Además, se realizaron modificaciones en ocho de los veintinueve ítems, con el objetivo de que cada ítem de la escala sea lo más claro posible para la población meta (familiares de pacientes con lesión neurológica). En el ítem Iniciativa, se modificó la expresión “se debería hacer” por “hacerse” y se aclaró la importancia de poder diferenciar los problemas de memoria de las fallas de iniciativa, aspectos que pueden confundirse al momento de responder. Con respecto a Estabilidad Emocional, se modificó la definición “Hasta qué punto su humor es estable, con estados de ánimo equilibrados” por “Hasta qué punto su carácter es estable o cambia fácil y rápidamente”, con el objeto de incluir ambos aspectos de lo emocional en la definición. En cuanto al ítem Flexibilidad, se optó por cambiar “Hasta qué punto es abierto en sus opiniones o sus cosas con respecto a lo que los otros puedan opinar” por “Hasta qué punto

es obstinado en sus opiniones o su modo de hacer las cosas a pesar de lo que otros puedan opinar”, al sostenerse que clarifica el constructo que se intenta indagar. Con respecto a Adecuación del Comportamiento, en función de que la definición sea lo más coloquial y comprensible posible, se modificó “Hasta qué punto se comporta adecuadamente en situaciones sociales” por una afirmación más detallada: “Hasta qué punto su conducta y/o emociones concuerdan con lo que está sucediendo en una situación social determinada”. En cuanto a Dependencia, sólo se modificó “hagan cosas para él que sería capaz de hacer por sí mismo” por “hagan cosas por él, que sería capaz de hacer por sí mismo”, sosteniendo que este cambio en la redacción hace al ítem más comprensible. En Toma de Decisiones, se agregó la frase “elegir de manera adecuada”, en función de caracterizar el modo de elección que se intenta indagar. En el ítem Interés, se optó por cambiar “se interesa por cualquier clase de actividad” por “se interesa en toda clase de actividades”, buscando la mayor claridad posible en la afirmación. Por último, en Manejo Económico, se modificó la definición “De qué manera gasta y ahorra su efectivo” por “Hasta qué punto hace un manejo adecuado de su economía, regulando lo que gasta y ahorra”, buscando detallar más precisamente qué es lo que se indaga en el ítem.

3.3. Resultados Estudio 3: Aplicación de la escala modificada

El análisis de las cuatro escalas se realizó distinguiendo los dos pacientes con ACV (Familiares A y B), de los dos pacientes con TCE (Familiares C y D).

El *Familiar A* es el hijo del paciente, un hombre de 51 años. El paciente tiene 76 años, sufrió un ACV isquémico derecho en el año 2015 y asiste a la Clínica con modalidad ambulatoria. En cuanto a la información obtenida por el informante, en la tabla 3 se detalla el análisis tanto cuantitativo como cualitativo de los cambios en las características de su personalidad.

En el gráfico 1 se puede observar cómo se distribuyen los cambios en los distintos rasgos de personalidad. Se destaca que, a los fines terapéuticos del equipo de rehabilitación, se tienen en cuenta las características que han manifestado un cambio acentuándose o debilitándose, siempre y cuando interfieran o estén en relación con su recuperación. Asimismo, se comprende que los rasgos mantenidos formarían parte de la estructura de su personalidad previa.

Siguiendo a los autores de la escala, en la tabla 4 se detallan los rasgos de personalidad de este paciente que sufrieron una “alteración adquirida” (características de personalidad que han presentado modificaciones desde el desarrollo del daño neurológico, con niveles en “ahora” de 5 o más e índices de cambio de 1 o más).

Gráfico 1.

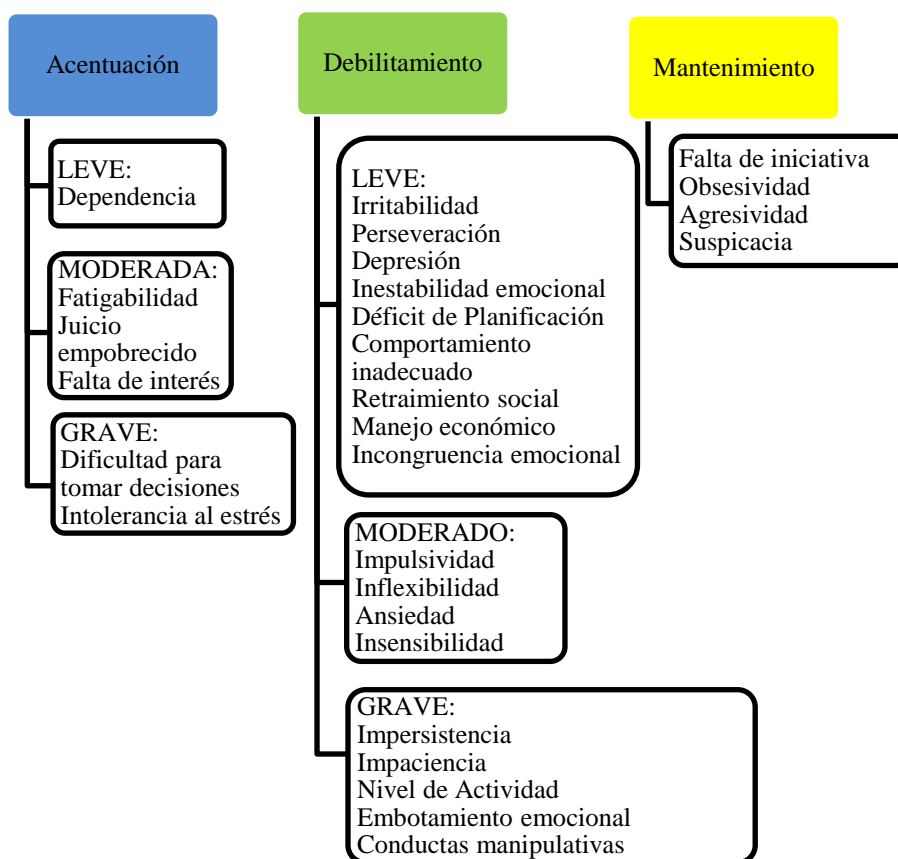


Tabla 4.

(Familiar A)	
“Alteración adquirida” en los siguientes rasgos:	
•	Fatigabilidad
•	Juicio empobrecido
•	Dependencia
•	Dificultad para tomar decisiones
•	Intolerancia al estrés

Se destaca que algunos rasgos de personalidad que el familiar observa levemente alterados en la actualidad (como Dependencia y Ansiedad), han interferido al momento de la rehabilitación del paciente. Con respecto a la primer característica, se comprende que previamente a la lesión el paciente se desenvolvía de manera independiente solicitando ayuda en situaciones que la mayoría de las personas lo haría. Sin embargo, a lo largo del proceso terapéutico el paciente fue exhibiendo conductas en las cuales solicitaba que los demás hagan cosas por él, estando él capacitado para desarrollarlas (como afeitarse, colaborar en el vestido, entre otros). Contar con esta información, permite al equipo terapéutico poder reforzar comportamientos que apuntan a la mayor independencia posible, en un individuo con una personalidad independiente de base.

Tabla 3.

Subescalas	Antes	Ahora	Índice de cambio (ahora-antes)	Análisis cuantitativo	Análisis cualitativo
1-Irritabilidad	5	4	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
2-Falta de Iniciativa	1	1	0	Sin cambio	Mantenimiento
3-Perseveración	4	3	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
4-Depresión	4	3	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
5-Impulsividad	5	3	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
6-Obsesividad	3	3	0	Sin cambio	Mantenimiento
7-Inestabilidad Emocional	4	3	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
8-Fatigabilidad	3	5	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
9-Impersistencia	5	2	-3	Inferior a la característica	Debilitamiento grave
10-Déficit de Planificación	5	4	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
11-Inflexibilidad	5	3	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
12-Juicio empobrecido	4	6	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
13-Ansiedad	7	5	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
14-Insensibilidad	6	4	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
15-Comportamiento inadecuado	5	4	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
16-Dependencia	3	5	2	Cambio leve	Acentuación leve
17-Impaciencia	7	4	-3	Inferior a la característica	Debilitamiento grave
18-Nivel de Actividad	6	2	-4	Inferior a la característica	Debilitamiento grave
19-Embotamiento emocional	6	3	-3	Inferior a la característica	Debilitamiento grave
20-Retraimiento social	4	3	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
21-Agresividad	4	4	0	Sin cambio	Mantenimiento
22-Dificultad para tomar decisiones	1	6	5	Cambio extremo	Acentuación grave
23-Susplicacia	6	6	0	Sin cambios	Mantenimiento
24-Falta de interés	1	3	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
25-Manejo Económico	5	4	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
26-Incongruencia Emocional*	6	5	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve*
27-Conductas Manipulativas	7	3	-4	Inferior a la característica	Debilitamiento grave
28-Intolerancia al estrés	1	5	4	Cambio extremo	Acentuación grave
29-Nivel de Autoconsciencia		1			

* Rasgo que no se condice con lo observado por las profesionales psicólogas durante las terapias.

El rasgo “Ansiedad” ha sido y es una de las características de la personalidad del paciente que más obstaculiza el trabajo terapéutico, el kinésico específicamente. Si bien el familiar describe una

disminución del mismo, sigue puntuando a un nivel considerado por los autores como problemático (5). Esto se observa en menor medida en las tareas de estimulación cognitiva y en mayor medida en las actividades de bipedestación y marcha terapéutica, donde el paciente se anticipa constantemente y no consigue seguir las indicaciones y los tiempos pautados por las kinesiólogas. Se destaca la importancia que cobra el conocimiento de este rasgo previo a la lesión, y comprender que si bien pudo haber disminuído en la actualidad, no necesariamente se está exento de dificultades que puedan surgir durante las terapias. Con esta información, el equipo terapéutico puede decidir un trabajo más enfocado a la reducción de su ansiedad durante las actividades descriptas, trabajando en conjunto psicólogos y kinesiólogos.

Por último, y en cuanto a los tres ítems control desarrollados para valorar la fiabilidad del informante, se comprende que no habría sobrestimación por parte del informador de los rasgos del paciente. En “Nivel de Actividad” el familiar observa una disminución importante desde un nivel problemático (6), hacia un grado promedio de la característica en un típico adulto normal (2). Por otro lado, el informante destaca una leve mejoría en cuanto a “Manejo Económico”, desde un nivel problemático (5), hacia un grado menor (4), describiendo que el paciente utilizaba su dinero exclusivamente para proyectos e inversiones a futuro, y cómo ahora lo destina para actividades de ocio. Y en cuanto a “Conductas Manipulativas”, el familiar indica un cambio extremo entre “antes” (perturbación grave; 7), y “ahora” (grado promedio; 3).

El *Familiar B* es la amiga de la paciente, una mujer de 60 años aproximadamente que convive con la paciente desde hace 30 años aproximadamente. La paciente tiene 62 años, sufrió un ACV a nivel del cerebelo en el año 2015 y asiste a la Clínica en modalidad ambulatoria. Con respecto a los datos obtenidos por el informante, se puede observar hasta qué punto se han originado cambios en algunos rasgos así como el mantenimiento de otros en la tabla 5.

En el gráfico 2 se detallan los rasgos modificados y los mantenidos remarcando que, a los fines terapéuticos de la rehabilitación, se tendrían en cuenta las características de personalidad que evidencien una acentuación moderada a grave, así como un debilitamiento moderado a grave, contemplando a su vez que los rasgos mantenidos forman parte de su estructura de personalidad previa. En la tabla 6 se detallan los rasgos de personalidad de la paciente que han sufrido una “alteración adquirida”.

Tabla 5.

Subescalas	Antes	Ahora	Índice de cambio (ahora-antes)	Análisis cuantitativo	Análisis cualitativo
1-Irritabilidad	5	4	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve

2- Falta de Iniciativa	1	1	0	Sin cambio	Mantenimiento
3-Perseveración	2	4	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
4-Depresión	3	3	0	Sin cambio	Mantenimiento
5-Impulsividad	4	5	1	Cambio leve	Acentuación leve
6-Obsesividad	4	6	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
7-Inestabilidad Emocional	3	4	1	Cambio leve	Acentuación leve
8-Fatigabilidad	3	3	0	Sin cambio	Mantenimiento
9-Impersistencia	1	1	0	Sin cambio	Mantenimiento
10-Déficit de Planificación*	2	3	1	Cambio leve	Acentuación leve*
11-Inflexibilidad*	4	4	0	Sin cambio	Mantenimiento*
12-Juicio empobrecido	4	4	0	Sin cambio	Mantenimiento
13-Ansiedad	5	5	0	Sin cambio	Mantenimiento
14-Insensibilidad	2	4	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
15-Comportamiento inadecuado	2	5	3	Cambio extremo	Acentuación grave
16-Dependencia	2	4	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
17-Impaciencia	4	6	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
18-Nivel de Actividad	4	2	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
19-Embotamiento emocional	4	2	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
20-Retraimiento social	3	4	1	Cambio leve	Acentuación leve
21-Agresividad	3	3	0	Sin cambio	Mantenimiento
22-Dificultad para tomar decisiones	2	4	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
23-Susplicacia	4	4	0	Sin cambio	Mantenimiento
24-Falta de interés*	2	4	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada*
25-Manejo Económico	2	4	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
26-Incongruencia emocional	2	2	0	Sin cambio	Mantenimiento
27-Conductas Manipulativas	4	4	0	Sin cambio	Mantenimiento
28-Intolerancia al estrés	2	4	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
29-Nivel de Autoconsciencia		3			

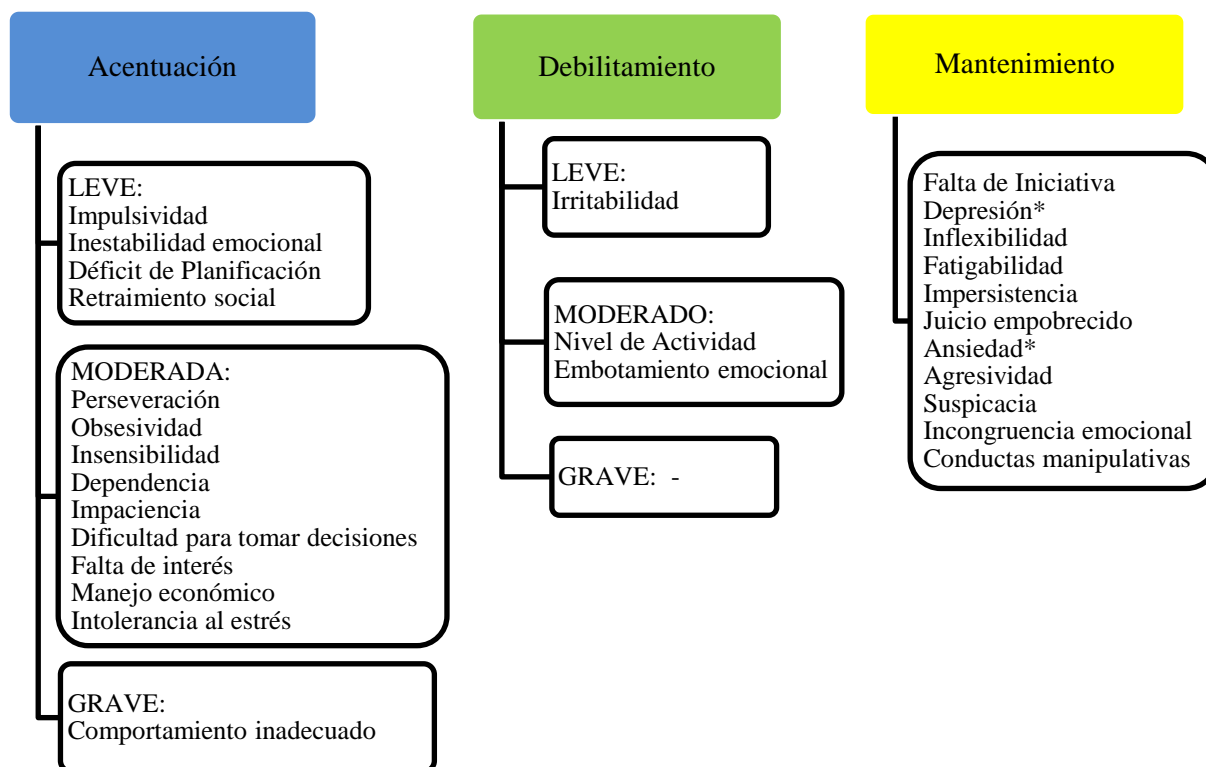
*Rasgos que no se condicen con lo observado por las profesionales psicólogas durante las terapias.

Teniendo en cuenta los datos brindados por el familiar y el análisis realizado por las profesionales psicólogas, se destaca que tres características de personalidad no concuerdan exactamente con lo observado durante las terapias. Mientras en el rasgo “Déficit de Planificación” el familiar destaca una acentuación leve, los terapeutas indicarían una acentuación más bien moderada, observando esta dificultad tanto en actividades de estimulación cognitiva como en tareas kinésicas. Por otro lado, si bien el familiar no indica cambios en la característica “Inflexibilidad”, desde el punto de vista de los profesionales sí se observaría una acentuación leve. Por último y en cuanto al rasgo “Falta de Interés”, el familiar destaca una acentuación moderada, mientras que en las terapias se observaría una acentuación más bien leve.

Tabla 6.

(Familiar B)	
“Alteración adquirida” en los siguientes rasgos:	
•	Impulsividad
•	Obsesividad
•	Comportamiento inadecuado
•	Impaciencia

Gráfico 2.



*Características tratadas con medicación.

Por último, y con respecto a las variables de control, se observa igual o menor puntuación después del accidente en dos de los tres ítems: “Nivel de Actividad” y “Conductas Manipulativas”. En “Nivel de Actividad”, el informante declara una disminución moderada desde un nivel cercano al problemático (4), hacia un grado promedio en un típico adulto normal (2). Sobre el rasgo “Conductas Manipulativas”, no se observarían modificaciones manteniéndose la característica en un grado mayor que el nivel promedio (4). Y en cuanto a “Manejo Económico”, el familiar destaca un cambio desde un nivel habitual en un adulto normal (2), hacia un grado cercano al problemático (4). Este rasgo sería el único donde se encontraría una sobrestimación por parte del informante.

Tabla 7.

Subescalas	Antes	Ahora	Índice de cambio (ahora-antes)	Análisis cuantitativo	Análisis cualitativo
1-Irritabilidad*	4	5	1	Cambio leve	Acentuación leve*

2-Falta de iniciativa	1	5	4	Cambio extremo	Acentuación grave
3-Perseveración	3	5	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
4-Depresión	1	3	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
5-Impulsividad*	1	4	3	Cambio extremo	Acentuación grave*
6-Obsesividad*	2	4	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada*
7-Inestabilidad Emocional	2	1	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
8-Fatigabilidad	1	5	4	Cambio extremo	Acentuación grave
9-Impersistencia	1	6	5	Cambio extremo	Acentuación grave
10-Déficit de Planificación	1	6	5	Cambio extremo	Acentuación grave
11-Inflexibilidad*	1	-	-	-	-
12-Juicio empobrecido	1	-	-	-	-
13-Ansiedad	2	3	1	Cambio leve	Acentuación leve
14-Insensibilidad	1	2	1	Cambio leve	Acentuación leve
15-Comportamiento inadecuado*	3	5	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada*
16-Dependencia*	1	2	1	Cambio leve	Acentuación leve*
17-Impaciencia	5	3	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
18-Nivel de Actividad	1	-	-	-	-
19-Embotamiento Emocional	3	5	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
20-Retraimiento social	3	3	0	Sin cambios	Mantenimiento
21-Agresividad*	1	4	3	Cambio extremo	Acentuación grave*
22-Dificultad para tomar decisiones	1	7	6	Cambio extremo	Acentuación grave
23-Suspiciacia	5	-	-	-	-
24-Falta de interés*	3	5	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada*
25-Manejo Económico	5	-	-	-	-
26-Incongruencia Emocional	1	-	-	-	-
27-Conductas Manipulativas	1	-	-	-	-
28-Intolerancia al Estrés	1	7	6	Cambio extremo	Acentuación grave
29-Nivel de Autoconsciencia		5			

*Rasgos que no se condicen con lo observado por las profesionales psicólogas durante las terapias.

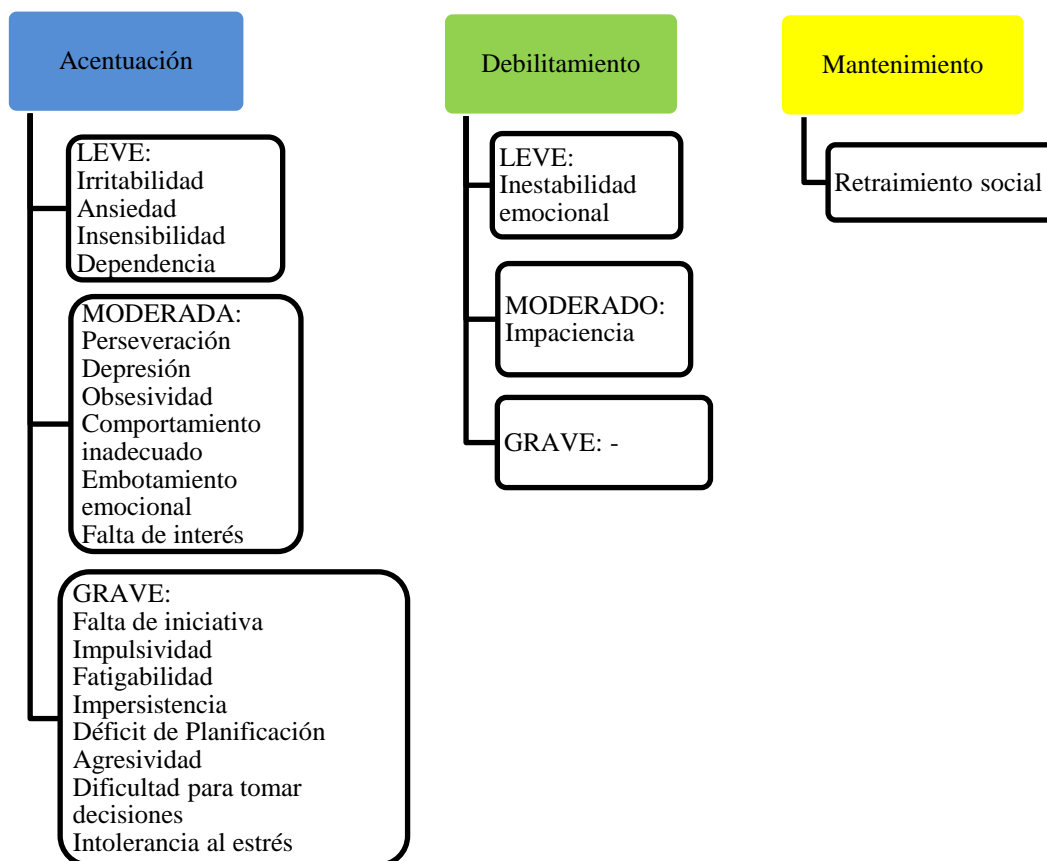
El *Familiar C* es la madre del paciente, una mujer de 55 años aproximadamente. El paciente tiene 34 años, sufrió un TCE en el año 2015 y se encuentra internado en la Clínica Rita Bianchi. Con respecto a la información brindada por el informante, se detallan y se analizan cuantitativa y cualitativamente los datos en la tabla 7.

En el gráfico 3 se detallan los rasgos modificados y los mantenidos remarcando que el foco de interés está en las características de personalidad que evidencien una acentuación o un debilitamiento, siempre y cuando dificulten el trabajo terapéutico del equipo. A su vez, se contempla que los rasgos mantenidos forman parte de su estructura de personalidad previa. En la tabla 8 se detallan los rasgos de personalidad del paciente que han sufrido una “alteración adquirida”.

Tabla 8.

(Familiar C)	
“Alteración adquirida” en los siguientes rasgos:	
•	Irritabilidad
•	Falta de Iniciativa
•	Perseveración
•	Fatigabilidad
•	Impersistencia
•	Déficit de Planificación
•	Comportamiento inadecuado
•	Embotamiento emocional
•	Dificultad para tomar decisiones
•	Falta de interés
•	Intolerancia al estrés

Gráfico 3.



Teniendo en cuenta los datos brindados por el familiar y el análisis realizado por las profesionales psicólogas, se destaca que siete características de personalidad no concuerdan exactamente con lo observado durante las terapias. Mientras en el rasgo “Irritabilidad” el familiar describe una acentuación leve de la característica desde un nivel cercano a lo habitual en un adulto típico (4) hacia un nivel problemático (5), desde el equipo se remarca que en este momento del tratamiento el paciente se encontraría más en un grado de perturbación grave (7), habiendo un cambio extremo en el rasgo. Por otro lado, en cuanto a la característica “Impulsividad”, el informante indica que si bien hubo

un cambio, éste levemente superaría el grado normal en un adulto típico (4). Sin embargo, desde lo observado en las terapias, se destaca que habría un cambio más orientado hacia un nivel problemático (5). En cuanto a “Inflexibilidad” mientras el familiar no ha podido distinguir un cambio en el “ahora”, el equipo terapéutico podría afirmar que el rasgo se encontraría en un grado de perturbación grave (7) al momento de aplicación de esta escala. Mientras en la característica “Comportamiento inadecuado” el informante indica un cambio definitivo hacia un nivel problemático (5), los terapeutas podrían indicar más bien un cambio hacia un grado de perturbación grave (7). En cuanto a “Dependencia”, si bien el familiar ha indicado un cambio leve dentro de lo habitual esperable en un adulto típico (2), desde las terapias se han observado conductas que indicarían un nivel de perturbación grave (7). Sobre el rasgo “Agresividad”, el informante indicaría un cambio extremo pero hacia un grado que levemente superaría lo típico en un adulto normal (4). Sin embargo, los profesionales remarcarían un cambio hacia un nivel más bien problemático del rasgo (5). Por último, en cuanto a “Falta de interés” el familiar ha destacado un cambio hacia un grado problemático (5), mientras los terapeutas indicarían un cambio más bien extremo hacia un nivel grave de perturbación (7).

Por último, con respecto a los rasgos de personalidad que más han obstaculizado la rehabilitación del paciente, se encuentran “Irritabilidad”, “Impulsividad”, “Comportamiento inadecuado” y “Agresividad”, todos ellos síntomas de déficit frontal. Se comprende que este paciente se encuentra en un momento de su rehabilitación en el cual lo comportamental predominaría sobre lo emocional, siendo así complicado distinguir claramente entre algunos ítems, como “Comportamiento inadecuado”, “Impulsividad” y “Agresividad”, por citar un ejemplo. Durante las horas de terapia, este tipo de conductas dificultan el quehacer de cada terapeuta, por lo que el desarrollo de un programa de modificación del comportamiento se hace imprescindible.

El *Familiar D* es la madre del paciente, una mujer de 45 años aproximadamente. El paciente tiene 23 años, sufrió un TCE en el año 2012 y actualmente asiste a la Clínica en modalidad ambulatoria. Los datos brindados por la informante y el análisis de los mismos se detallan en la tabla 9.

En el gráfico 4 se distinguen los rasgos modificados y los mantenidos remarcando que el foco de interés está en las características de personalidad que han generado alguna dificultad en el trabajo terapéutico del equipo. A su vez, se contempla que los rasgos mantenidos forman parte de su estructura de personalidad previa. Teniendo en cuenta lo anterior, los rasgos de personalidad del paciente que han sufrido una “alteración adquirida” se detallan en la tabla 10.

Tabla 9.

Subescalas	Antes	Ahora	Índice de cambio (ahora-antes)	Análisis cuantitativo	Análisis cualitativo
1-Irritabilidad	3	1	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
2-Falta de iniciativa*	2	2	0	Sin cambios	Mantenimiento*
3-Perseveración	3	3	0	Sin cambios	Mantenimiento
4-Depresión	1	1	0	Sin cambios	Mantenimiento

5-Impulsividad	5	3	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
6-Obsesividad	5	4	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
7-Inestabilidad emocional	1	1	0	Sin cambios	Mantenimiento
8-Fatigabilidad	1	7	6	Cambio extremo	Acentuación grave
9-Impersistencia	4	7	3	Cambio extremo	Acentuación grave
10-Déficit de Planificación	3	5	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
11-Inflexibilidad	3	1	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
12-Juicio empobrecido	4	1	-3	Inferior a la característica	Debilitamiento grave
13-Ansiedad	1	1	0	Sin cambios	Mantenimiento
14-Insensibilidad	1	1	0	Sin cambios	Mantenimiento
15-Comportamiento inadecuado	1	1	0	Sin cambios	Mantenimiento
16-Dependencia	3	5	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
17-Impaciencia	3	1	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
18-Nivel de actividad	3	3	0	Sin cambios	Mantenimiento
19-Embotamiento emocional	5	5	0	Sin cambios	Mantenimiento
20-Retraimiento social	1	3	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
21-Agresividad	1	1	0	Sin cambios	Mantenimiento
22-Dificultad para tomar decisiones	1	3	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
23-Susplicia	1	1	0	Sin cambios	Mantenimiento
24-Falta de interés	3	1	-2	Inferior a la característica	Debilitamiento moderado
25-Manejo económico	3	5	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
26-Incongruencia emocional	1	1	0	Sin cambio	Mantenimiento
27-Conductas manipulativas	4	3	-1	Inferior a la característica	Debilitamiento leve
28-Intolerancia al estrés	1	3	2	Cambio definitivo	Acentuación moderada
29-Nivel de autoconsciencia*		1			

*Rasgos que no se conciden con lo observado por las profesionales psicólogas durante las terapias.

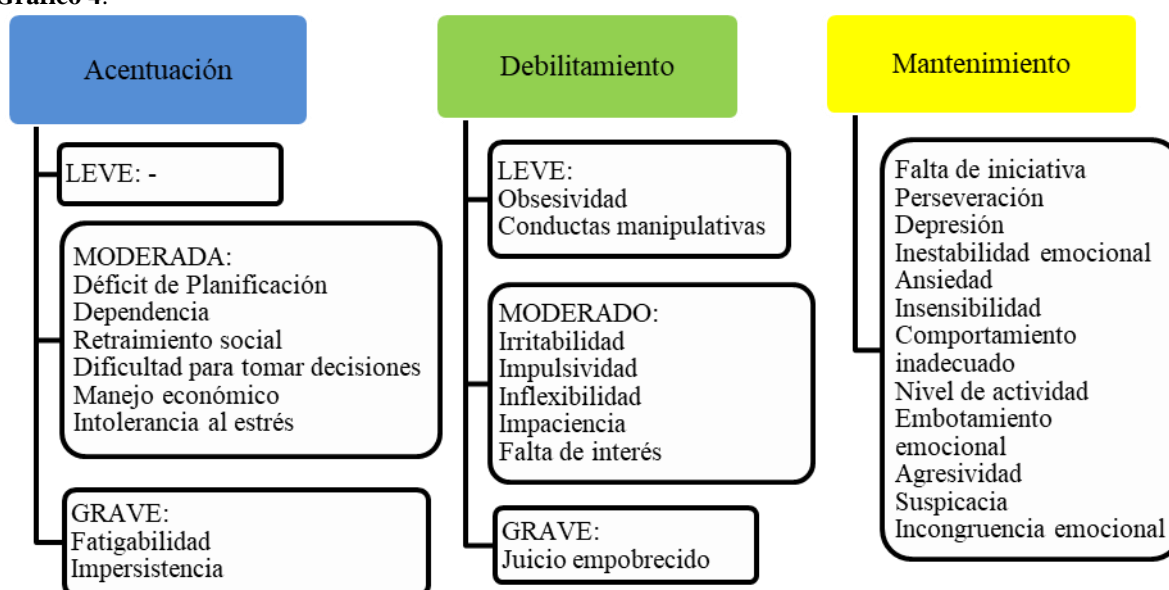
Al comparar los datos del familiar con la lectura realizada por la profesional psicóloga a cargo, se destaca que habría discrepancia en dos rasgos de personalidad con respecto a lo observado durante las terapias. Mientras en “Nivel de autoconsciencia” el familiar indica que el paciente tiene muy buena conciencia de los cambios ocurridos luego de la lesión (1), desde los profesionales se comprende que tendría más bien una conciencia bastante buena (3). Por último y en cuanto a “Falta de Iniciativa”, el informante indica un mantenimiento de la característica en un nivel considerado dentro del promedio de un típico adulto normal (2), mientras que desde las terapias se remarca que habría un cambio hacia un nivel de perturbación grave del rasgo (7). Este aspecto no es menor, ya que se comprende que muchas

de las características de su personalidad estarían confinadas a su falta de iniciativa, como “Estabilidad emocional”, “Juicio”, “Sensibilidad”, “Nivel de Actividad” o “Toma de decisiones”, entre otros.

Tabla 10.

<i>(Familiar D)</i>	
“Alteración adquirida” en los siguientes rasgos:	
•	Fatigabilidad
•	Impersistencia
•	Déficit de Planificación
•	Dependencia
•	Manejo económico

Gráfico 4.



Por último, con respecto a las variables control, se observa igual o menor puntuación después del accidente en dos de los tres ítems: “Nivel de Actividad” y “Conductas Manipulativas”. En “Nivel de Actividad”, el informante declara que no habría modificación alguna, manteniéndose el rasgo en un nivel promedio de un típico adulto normal (3). Sobre el rasgo “Conductas Manipulativas”, se observaría un cambio de la característica desde un grado mayor que el nivel promedio (4), hacia el nivel habitual de un adulto normal (3). Y en cuanto a “Manejo Económico”, el familiar destaca un cambio desde un grado promedio (3), hacia un nivel problemático (5). Este rasgo sería el único donde se encontraría una sobrestimación por parte del informante.

4. Discusión

Los resultados a los que se arribó en este trabajo permiten concluir que, en primer lugar, existe una modificación en algunos rasgos de personalidad en los pacientes que han sufrido una lesión neurológica y que es posible tener una aproximación a ese cambio a partir de un instrumento como la

Iowa Scales of Personality Change y, en segundo lugar, cómo el contar con esta información ayuda al trabajo del equipo terapéutico.

Al realizarse la adecuación lingüística de la versión española, se observó que las modificaciones efectuadas facilitaron la comprensión de los títulos de las subescalas por parte del informante. Por otro lado, gracias al estudio de jueces realizado en el segundo estudio, se pudieron efectuar los cambios pertinentes en los títulos de las subescalas y en sus definiciones, lo que permitió lograr la versión modificada. En la prueba piloto realizada en el último estudio, se obtuvo información tanto sobre los rasgos de personalidad mantenidos, como sobre los síntomas adquiridos luego de un accidente cerebrovascular (ACV) y de un traumatismo craneoencefálico (TCE). En la tabla 11 se puede observar la variabilidad de rasgos afectados en los dos pacientes que sufrieron un ACV en comparación con las dos personas que sufrieron un trauma de cráneo. Si bien hay diferencias entre cada caso, en los dos pacientes con TCE se pueden destacar algunos síntomas en común propios de la lesión frontal, como son “Fatigabilidad”, “Impersistencia” y “Déficit de Planificación”.

Tabla 11.

“Alteración adquirida”			
ACV		TCE	
Familiar A	Familiar B	Familiar C	Familiar D
Fatigabilidad	Impulsividad	Fatigabilidad	Fatigabilidad
Juicio empobrecido	Obsesividad	Impersistencia	Impersistencia
Dependencia	Comportamiento	Déficit de Planificación	Déficit de
Dificultad para tomar	inadecuado	Irritabilidad	Planificación
decisiones	Impaciencia	Falta de Iniciativa	Dependencia
Intolerancia al estrés		Perseveración	Manejo económico
		Comportamiento inadecuado	
		Embotamiento emocional	
		Dificultad para tomar decisiones	
		Falta de Interés	
		Intolerancia al estrés	

Es importante destacar que se observaron diferencias entre la información brindada por familiares de pacientes ambulatorios y familiares de pacientes internados en la Clínica. Se destaca que los familiares de pacientes ambulatorios tuvieron menos dificultades en ver reflejado el comportamiento de su familiar en los ejemplos de las subescalas, a diferencia del familiar del paciente internado el cual encontró dificultosa la puntuación en diversos subítems que no reflejaban la condición de su familiar.

Desde aquí se concluye que el momento del tratamiento para aplicar esta escala a los familiares debería ser cuando se lleva adelante un trabajo ambulatorio. Si se quisiera realizar un seguimiento más constante, quizás se podrían modificar algunos ejemplos de las subescalas para aplicarla a la mitad del tratamiento en pacientes internados, y posteriormente se podría aplicar la versión adaptada en este trabajo cuando se realice un abordaje ambulatorio del paciente.

Por otra parte, se considera que la aplicación de esta escala no sólo permite obtener información sobre el cambio y mantenimiento de los rasgos de personalidad de los pacientes, sino que también

permitiría un acercamiento a la perspectiva del informante sobre el proceso de recuperación de su familiar. En esta aproximación, sería posible visualizar si ha podido afrontar la situación, si ha podido no interpretar los síntomas y comprender cómo se manifiestan y hasta qué punto ha podido aceptar la condición que atraviesa su familiar.

En relación a las limitaciones que pueden encontrarse en este estudio, no sólo no se tuvo en cuenta la etapa de rehabilitación por la que atraviesa el paciente (internación o ambulatorio), sino que tampoco se consideraron variables como el nivel sociocultural y educativo del informante. Otra limitación tuvo que ver con las complicaciones que manifestaron la mayoría de los familiares al momento de puntuar el “ahora” y en la comprensión del sentido de algunos ejemplos de las subescalas. Sería pertinente realizar una modificación de estos ejemplos, considerando situaciones más acordes con la gravedad de los casos observados en la Fundación Rita Bianchi.

Finalmente, se considera que más allá de las limitaciones expuestas, este trabajo puede servir como referencia de la importancia que tiene considerar el cambio y mantenimiento de la personalidad en el proceso de rehabilitación de personas con lesión neurológica, en particular en pacientes donde es complicado un abordaje terapéutico sin poder distinguir si un rasgo es previo al daño cerebral, si se ha acentuado o si ha disminuído a partir del mismo. Contar con esta información le permite al equipo diferenciar cuáles aspectos son consecuencia de la lesión y cuáles rasgos son propios de la personalidad previa, y en función de esto poder programar un trabajo enfocado a la adecuación de algunas características o abordar psicoterapéuticamente los rasgos que dificulten el proceso de rehabilitación, en pos de la recuperación y el bienestar psicológico de la persona con daño neurológico y su familia.

5. Referencias

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Anderson, S. W., Barrash, J., Bechara, A., & Tranel, D. (2006). Impairments of emotion and real-world complex behavior following childhood- or adult-onset damage to ventromedial prefrontal cortex. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 12(2), 224–235. doi:10.1017/S1355617706060346
- Barrash, J., Asp, E., Markon, K., Manzel, K., Anderson, S. W., & Tranel, D. (2011). Dimensions of personality disturbance after focal brain damage: Investigation with the Iowa Scales of Personality Change. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(8), 833–852. doi:10.1080/13803395.2011.561300
- Barrash, J., Tranel, D., & Anderson, S. W. (2000). Acquired Personality Disturbances Associated With Bilateral Damage to the Ventromedial Prefrontal Region. *Developmental Neuropsychology*, 18(3), 355–381. doi:10.1207/S1532694205Barrash
- Bruna Rabassa, O., Junqué Plaja, C., Pérez Testor, C., Mataró Serrat, M., Subirana Mirete, J., Aramburu Alegret, I., & Macías Castellví, C. (2011). La familia en el proceso de rehabilitación neuropsicológica. En *Rehabilitación Neuropsicológica. Intervención y práctica clínica* (pp. 397–415). Barcelona: Elsevier Masson.
- Camacho, J. M. (2006). Panorámica de la Terapia Sistémica. www.fundacionforo.com. Extraído en la fecha 4/02/16.
- Chow, T. W. (2000). Personality in frontal lobe disorders. *Current Psychiatry Reports*, 2, 446–451. doi:10.1007/s11920-000-0031-5
- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. En *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad* (pp. 337–359). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Fiorini, H. (1997). *Teoría y Técnica de Psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- García, & Sánchez. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad.

- Guallart-Balet, M., Jiménez-Cortés, M. P., Tuquet-Calvo, H., Pelegrín-Valero, C., Olivera-Pueyo, J., Benabarre-Ciria, S., & Tirapu-Ustárroz, J. (2015). Validación española de la Iowa Rating Scale for Personality Change (IRSPC) para la valoración de los cambios de personalidad en pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista de Neurología*, 60(1), 17–29.
- Irueste, P. (2010). Terapia Sistémica. Ficha de cátedra. En *Apunte de cátedra Psicología Clínica. Diferentes modalidades terapéuticas. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba* (pp. 65–78). Córdoba.
- Keegan, E. (2007). *Escritos de Psicoterapia Cognitiva* (1st ed.). Buenos Aires: Eudeba.
- Kertesz, R. (2005). El enfoque multimodal y las escuelas de psicoterapia. *Revista de Investigación En Psicología*, 8(2), 113–127.
- León, O. G., & Montero, I. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862.
- Malloy, P., & Grace, J. (2005). A review of rating scales for measuring behavior change due to frontal systems damage. *Cognitive and Behavioral Neurology: Official Journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology*, 18, 18–27. doi:10.1097/01.wnn.0000152232.47901.88
- Martín de la Huerga, N., Muriel, V., Aparicio-López, C., Sánchez-Carrión, R., & Roig Rovira, T. (2014). Una revisión de escalas de evaluación para medir el cambio de conducta debido a la lesión cerebral y el tratamiento de estos cambios [A Review of Rating Scales for Measuring Behavior Change Due To Brain Injury and Treatment for These Changes]. *Acción Psicológica*, 11(1), 79. doi:10.5944/ap.11.1.13878
- Mimentza, N., & Quemada, J. I. (2011). Tratamiento de los trastornos emocionales y de la conducta en pacientes con daño cerebral. En *Rehabilitación Neuropsicológica. Intervención y práctica clínica* (pp. 245–256). Barcelona: Elsevier Masson.
- Muñoz Céspedes, J. M., & Tirapu Ustárroz, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Muñoz Marrón, E., Blázquez Alisente, J. L., Galpasoro Izaguirre, N., González Rodríguez, B., Lubrini, G., Periañez Morales, J. A., ... Zulaica Cardoso, A. (2009). *Estimulación cognitiva*. Barcelona: Eureka Media.
- Peña Casanova, J. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología*. Madrid: Médica Panamericana.
- Restrepo Lopera, G., Aguirre Patrone, Á., Parada Ceballos, P., & Baquet Quiñones, J. R. (2010). *Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina*.
- Rochat, L., Ammann, J., Mayer, E., Annoni, J.-M., & Linden, M. (2009). Executive disorders and perceived socio-emotional changes after traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychology*, 3(2), 213–227. doi:10.1348/174866408X397656
- Rosado y Rosado, M. (2007). El enfoque integrativo en psicoterapia. *Psicología Y Educación*, 1(2).
- Ruano Hernández, Á., & González Marqués, J. (2011). Psicología de la rehabilitación. En *Rehabilitación Neuropsicológica. Intervención y práctica clínica* (pp. 141–148). Barcelona: Elsevier.
- Tornimbeni, S., & Pérez, E. (2008). Construcción de test. En *Introducción a la psicometría* (pp. 168–169). Paidós.
- Warriner, E. M., & Velikonja, D. (2006). Psychiatric disturbances after traumatic brain injury: neurobehavioral and personality changes. *Current Psychiatry Reports*, 8(1), 73–80. doi:10.1007/s11920-006-0083-2