

Christian E. Salas Riquelme ^[1]
^[2]

Concretitud y Rehabilitación Neuropsicológica.
Concreteness and Neuropsychological Rehabilitation.
Concretude e reabilitação neuropsicológica.

[1] Centre for Cognitive Neuroscience, Bangor University, Bangor, UK.

[2] Unidad de Psicoterapia Dinámica, Instituto Psiquiátrico J.H. Barak, Av. La Paz 841, Santiago, Chile.
Detalles de contacto: School of Psychology, Adeilad Brigantia, Bangor University, Bangor LL57 2AS. E-mail: csalas@bangor.ac.uk. Telefono: 01248 38

Resumen

Este artículo explora el problema de la conducta concreta luego de una lesión cerebral, un fenómeno clínicamente reconocido, pero escasamente investigado. Partiendo de la definición clásica ofrecida por Kurt Goldstein, la cual señala que la concretitud implica una dificultad para tomar distancia de la realidad inmediata [presentitud], este artículo propone que la conducta concreta implicaría una contracción del Self en las dimensiones temporal y reflexiva. Ejemplos de como dichos cambios impactan en el proceso de rehabilitación son descritos, en especial en relación a dos capacidades centrales, como la conciencia de si y el insight.

Palabras clave: concretitud; pensamiento concreto; abstracción, lesión cerebral; lóbulo frontal; rehabilitación neuropsicológica.

Abstract

This paper surveys the issue of concrete behaviour after brain injury –a widely recognized phenomenon in clinical contexts, although surprisingly under-investigated. Using the classic definition offered by Kurt Goldstein, which characterizes concreteness as a difficulty to detach from immediate experience, this article suggests that concrete behaviour may imply shrinkage in the temporal and reflective dimensions of the Self. Examples on how such change might impact the rehabilitation process are outlined, specifically in relation to key capacities, such as self-awareness and insight.

Key Words: concreteness; concrete thinking; abstraction; brain injury; frontal lobe; neuropsychological rehabilitation.

Resumo

Este artigo explora o problema da conduta concreta depois de uma lesão cerebral, um fenômeno clinicamente reconhecido, porém escassamente investigado. Partindo da definição clássica oferecida por Kurt Goldstein, a qual mostra que a concretude implica uma dificuldade para tomar distância da realidade imediata (presentitude), este artigo propõe que a conduta concreta implicaria uma contradição do Self nas dimensões temporal e reflexiva. Exemplos de como ditas mudanças impactam no processo de reabilitação são descritos, em especial com relação a duas capacidades centrais, como a consciência de si e o insight

Palavras-chave: Concretude; pensamento concreto; abstração; lobo frontal; lesão cerebral; reabilitação neuropsicológica.

Introducción

La concretización de la conducta, o concretitud, es un problema frecuente luego de lesiones a los lóbulos frontales (Fuster, 2008; Luria, 1966; Mesulam, 2000, 2002). Si bien se ha asociado a daños difusos, como en traumatismos craneanos (Judd, 1999; Klonoff, 2010; Ogden, 1996), también se ha reportado luego de lesiones focales de la corteza pre-frontal dorso-lateral izquierda (Fuster, 2008; Goldstein, 1942; Scott and Schoenberg, 2011).

A menudo, profesionales de la rehabilitación utilizan la idea de concretitud para describir y comunicar los cambios neuropsicológicos que observan en pacientes luego de una lesión cerebral. Desafortunadamente, dicho uso es a menudo impreciso. Esta falta de claridad es reflejada por la escasa atención que el concepto de concretitud ha recibido en las últimas décadas (para una revisión ver Salas, Vaughan, Shankers & Turnbull, en prensa). El objetivo de este artículo es abordar brevemente este vacío conceptual, ofreciendo una revisión sobre que es la concretitud y cuales son los desafíos que presenta al proceso de rehabilitación neuropsicológica.

¿Que es la conducta concreta?

La conducta concreta refiere a una dificultad para distanciarse de la experiencia inmediata, como medio para manipular ideas y pensamientos (Fuster, 2008; Goldstein, 1936a, 1936b, 1941; Mesulam 2000, 2002; Salas, Vaughan, Shanker & Turnbull, in press). Cuando Kurt Goldstein acuñó el término en 1936, sugirió que la concretitud era una forma de actitud realista, donde la conducta se limitaba a la aprehensión inmediata de una situación determinada. Esta dificultad en distanciarse de la realidad inmediata ha sido un

elemento característico en definiciones más recientes. Por ejemplo, diversos autores han descrito la conducta concreta como una falla en apreciar la cualidad abstracta de ideas (Cicerone & Giacino, 1992), una dificultad en generalizar desde un evento a otro (Ponsford, Sloan & Snow, 1995) o la imposibilidad en pensar más allá de los pensamientos presentes (Judd, 1999).

Si bien la definición de Goldstein tiene más de 80 años, es sorprendente que autores modernos hayan ofrecido similares descripciones. Por ejemplo, Mesulam (1986, 2002) ha sugerido que lesiones frontales masivas pueden permitir la emergencia de un modo por defecto [default mode], donde las conexiones entre estímulos y respuestas aparecen como difíciles de modificar por medio de la experiencia o contexto [para un paralelo entre Goldstein y Mesulam ver tabla 1]. Por otro lado, Fuster (2008) ha sugerido algo similar al comentar que lesiones a los lóbulos frontales generarían una forma de concretitud temporal, donde la conducta está atrapada en el presente, sin perspectiva temporal, y principalmente dominada por las necesidades y estímulos del momento.

Table 1 Paralelo entre la Actitud Concreta (K. Goldstein) y el Modo por Defecto (M. Mesulam) (en Salas, Vaughan, Shankers and Turnbull, en prensa)

Actitud Concreta (Goldstein, 1941)	Modo Básico [Default Mode]... (Mesulam, 2002)
Es irreflexiva y se encuentra confinada a la aprehensión inmediata de un objeto o situación	El horizonte de la conciencia se encuentra limitado al aquí y ahora, y determinado reflejamente por un modo de funcionar dominado por los estímulos.
El pensamiento y la conducta están dirigidos por las demandas inmediatas, a menudo respondiendo a un aspecto particular de los objetos o situaciones.	Las reacciones automáticas a eventos salientes y gratificaciones inmediatas son determinadas por estados motivacionales persistentes
Rigidez y falta de flexibilidad. También puede observarse una fluidez anormal	Presencia de respuestas repetitivas, a pesar de que ellas no encajen con las demandas del ambiente.
Déficit en la manipulación y uso de ideas y pensamientos.	La opción de generar interpretaciones alternativas no es predominante.
No es posible asumir una actitud hacia lo 'simplemente posible', pensar o funcionar simbólicamente	La apariencia no puede ser diferenciada del significado

En base a la idea de que la conducta concreta implica una dificultad en despegarse de la realidad inmediata, se ha sugerido (Salas, Vaughan, Shankers & Turnbull, en prensa) que la concretitud parece implicar una contracción de la personalidad, o del Self, principalmente en dos dimensiones: temporalidad y reflexividad (ver fig. 1). A continuación cambios en estas dos dimensiones son descritos, ofreciendo ejemplos clínicos de su impacto en el proceso de rehabilitación.

Concretitud, temporalidad y presentitud

De acuerdo a Goldstein (1941, 1942), la actitud concreta impacta el pensar y actuar en términos de que ambas actividades son forzadas por las demandas inmediatas de un objeto o situación presente. En los casos mas extremos es posible observar las conocidas conductas de utilización, donde la presentación visual o táctil de un objeto activa su uso, a pesar de que se instruya al paciente para no hacerlo (Shallice et al., 1989). En casos mas leves, los pacientes preservan la capacidad de inhibir outputs motores, pero su cognición puede ser capturada por los aspectos salientes de una situación, dificultando el sostener un set cognitivo o cambiar de un set a otro (Shallice, Stuss, Picton, Alexander & Gillingham, 2008a; 2008b). Por ejemplo, en una tarea de fluidez verbal, frente a la instrucción de decir todas las palabras que empiecen con la letra 's', exceptuando nombres, un paciente puede decir: "lo único que puedo pensar es en nombres".

El encontrarse constantemente forzado por los aspectos más salientes del ambiente inmediato, implica que los pacientes concretos están de alguna forma atrapados en el momento presente. Como consecuencia, la capacidad para moverse en el tiempo [time travelling] (Suddendorf & Corballis, 1997; 2007), usando elementos del pasado [retrospección], o del futuro [prospección], para enriquecer la experiencia, se encuentra limitada.

El atrapamiento de la personalidad en el presente, o contracción temporal, posee importantes implicancias para la rehabilitación. Uno de los problemas más frecuentes son los déficits en la conciencia de si [awareness], que surgen de la imposibilidad de activar conflicto, o discrepancia afectiva, en base a experiencias no presentes (pasadas o futuras). Por ejemplo, un paciente puede experimentar altos niveles de emocionalidad negativa frente a un evento que lo confronta con sus limitaciones cognitivas o motoras, sin embargo, si mas tarde se le pregunta sobre dicho evento, su respuesta afectiva puede ser mas bien superficial y desafectada, negando la relevancia del problema, o su pertinencia, como algo a tratar durante la rehabilitación. En este caso, la emocionalidad de la situación, que podría haber sido usada como bisagra para incrementar la conciencia de un problema, se desvanece al entrar el paciente en contacto con nuevos estímulos. Una variación de este problema sucede cuando el momento presente esta teñido por emociones positivas, lo cual dificulta el acceso al recuerdo [afectivo] de la experiencia negativa

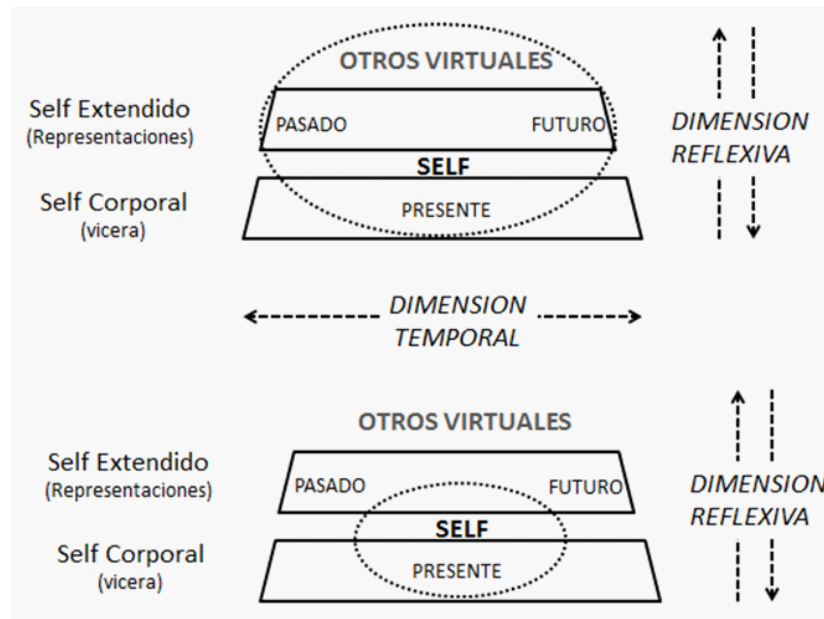


Figura 1 Concretitud como contracción del self.

El esquema representa el fenómeno de concretitud como contracción del self en la dimensión reflexiva y temporal. La figura superior describe un proceso normal, donde el self utiliza representaciones mentales para despegarse de la experiencia presente y reflexionar sobre sí y sobre los estados mentales de otros virtuales. Asimismo, el self se extiende más allá del momento presente, incorporando elementos del pasado y futuro. La figura de abajo grafica la contracción del self en el presente (línea circular punteada), donde estados viscerales adquieren preponderancia por sobre representaciones mentales.

pasada, porque el self se encuentra capturado por el afecto del momento, y no es capaz de relacionarse con una emoción de valencia opuesta.

Bajo la misma lógica, pacientes concretos pueden tener dificultades en considerar posibles escenarios futuros como fuentes de motivación para sus conductas. Por ejemplo, un paciente puede mantenerse curiosamente tranquilo respecto a no regresar al trabajo, a pesar de que dicho escenario futuro traerá importantes dificultades económicas y sufrimiento a la familia. La inhabilidad de proyectarse en el futuro, y utilizar dicha información para movilizar la conducta, puede constituirse en un obstáculo mayor en el proceso de rehabilitación, donde las metas se encuentran en gran parte determinadas por un 'estado' no presente al cual se aspira llegar.

Concretitud, reflexividad y presentitud

Una segunda consecuencia de la presentitud es la dificultad para despegarse de la experiencia inmediata, por medio de la reflexión verbal sobre nuestra conducta o la de otros. Los pacientes concretos presentan a menudo déficits en la habilidad de generar

significados representacionales, lo cual requiere la manipulación activa de ideas y pensamientos (Goldstein, 1941). Esta dificultad tradicionalmente se ha reportado en pruebas neuropsicológicas como similitudes, donde se solicita a la persona señalar en que forma dos objetos o ideas son similares. Dicha tarea implica inhibir los aspectos salientes [inmediatos] de dos objetos o ideas, de forma tal que una categoría incluyente es generada. Los pacientes concretos experimentan dificultades en este ejercicio, y suelen ser capturados por los aspectos salientes, usando a menudo características sensoriales como criterio de agrupamiento. Por ejemplo, un paciente puede decir que ojo y oreja [sentidos] se parecen en cuanto 'ambos se encuentran en la cara', generando así una respuesta altamente basada en contigüidad espacial. Otro paciente podrá decir que 'no tienen nada en común, que uno es para ver y otro para oír', ofreciendo así una respuesta aun más concreta, en cuanto no logra siquiera relacionar ambos objetos en base a criterios físicos.

Esta dificultad en generar una actitud reflexiva frente a la experiencia puede asimismo impactar en la capacidad de comprender emociones propias y de otros, comprometiendo así habilidades claves para el

ajuste psicosocial. En otro artículo (Salas, Vaughan, Shankers & Turnbull, en prensa) se ha descrito en detalle como pacientes concretos pueden experimentar los correlatos somáticos de experiencias emocionales, sin lograr dar sentido a dichas sensaciones o comprender sus causas. Como consecuencia estos pacientes pueden adoptar mas bien una actitud de evitación conductual frente a la fuente de displacer (Krpan, Levine, Stuss & Dawson, 2007; Krpan, Stuss & Anderson, 2011), como una forma de regular la desorganización emocional que produce (Riley, Brennan & Powell, 2004). Un paciente, por ejemplo, puede dejar de acudir al trabajo de forma imprevista, señalando que no se siente bien y que tiene intensos dolores de cabeza. Esta situación llama la atención de su familia, ya que él es extremadamente responsable, a pesar de experimentar constantemente fatiga. Cuando se le pregunta al paciente sobre su entendimiento de por que se siente así, él no es capaz de articular razones, simplemente señala que se siente mal y que no desea volver a trabajar más. Frente a la extrañeza de dicha conducta, el equipo indaga más y descubre que un nuevo colega ha llegado a la oficina, y que ha asumido parte del trabajo del paciente. Al

conectar este evento con los dolores de cabeza, el paciente comienza a referir sentimientos de inseguridad frente a no poder competir con el nuevo colega debido a sus limitaciones cognitivas, y miedo frente a la posibilidad de perder su trabajo.

La dificultad de establecer una actitud reflexiva frente a la experiencia puede impactar asimismo la capacidad de considerar los estados mentales de otros. De hecho, la conducta concreta ha sido comúnmente asociada en la literatura a una tendencia egocéntrica (Eslinger, 1998; Judd, 1999; Obonsawin, Jefferis & Lowe, 2007). Consideremos el siguiente ejemplo, donde a un paciente concreto se le pide realizar una tarea de cognición social. La tarea implica describir una lámina donde una pareja interactúa (ver fig. 2), bajo la consigna ¿que pasa entre ellos? La lámina es usualmente descrita por personas sin lesión cerebral de la siguiente manera: "hay una pareja, están sentados mirando algo que esta en la mesa. Ella lo abraza mientras sonríe. El esta mas bien serio, como preocupado por algo. Ella parece que esta ahí apoyándolo. Quizás es una mala noticia. Quizás tiene problema de dinero y él no sabe que hacer. Un paciente altamente concreto (J), en cambio, ofrece esta



J: hay un tipo escribiendo en el computador...parece. Sus manos están así (imita el gesto). Y hay una niña abrazándolo (12s) eso es todo.

CS: ¿Que crees podría estar pasando entre ellos?

J: (13s) Hay un tipo escribiendo, pero no sé que (16s).

CS: mira al hombre de la derecha. Dime que crees que esta pensando o sintiendo.

J: (21s) no me imagino nada.

CS: ¿Que crees tu que ella puede estar sintiendo o pensando?

J: (50s)...nada

Lo más interesante de la respuesta de J es su incapacidad en imaginar que sucede entre los personajes de la lámina. Si bien J logra describir con bastante precisión los elementos perceptuales mas salientes de la foto [e.g. hombre y mujer, hombre haciendo algo con las manos, mujer abrazándolo], él no es capaz de generar una narrativa sobre la escena, basada en los posibles estados mentales de la pareja. Sujetos no concretos tienden inmediatamente a ofrecer interpretaciones de lo observable, a menudo refiriendo eventos imaginarios, así como las emociones que ellos pueden haber gatillado. En otras palabras, en situaciones interpersonales, las personas tienden espontáneamente a generar sentido desde claves visibles, atribuyendo agencia e intencionalidad. Los pacientes concretos, por el contrario, experimentan importantes dificultades en dicha proceso, generando interpretaciones más bien superficiales y constreñidas por lo observable.

Conclusión

La conducta concreta es un fenómeno común luego de lesiones de los lóbulos frontales, comúnmente planteando importantes desafíos para profesionales y equipos de rehabilitación. En este artículo se ha ofrecido una definición de la actitud concreta como una dificultad para distanciarse de la experiencia inmediata, contrayendo la dimensión temporal y reflexiva del Self. Estos

cambios son extremadamente relevantes para el proceso de rehabilitación, ya que pueden comprometer la adquisición de una adecuada conciencia de déficits, así como la capacidad de reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos. Ambas capacidades son cruciales para una exitosa rehabilitación integral, donde el funcionamiento socio-emocional y la participación son objetivos centrales (Mateer, Sira & O'Connell, 2005; McGrath, 2004; Wilson, 1997; 2003; 2008; Wilson, Gracey, Evans & Bateman, 2010).

La conducta concreta es también relevante por razones no directamente relacionadas con la rehabilitación de pacientes con lesión cerebral. Por ejemplo, existe una amplia variedad de patologías con componente neurológico, como el autismo (Hobson, 2012) o la esquizofrenia (Subotnik et al., 2006), donde el pensamiento concreto es predominante. En este sentido, es probable que profesionales de la salud, y especialmente de la salud mental, encuentren durante su labor diaria pacientes que despliegan una conducta concreta. Un mejor entendimiento sobre este fenómeno permitirá diagnósticos más precisos e intervenciones más eficaces.

Finalmente, incorporar el estudio de la conducta concreta como parte de los programas de formación en psicología, y áreas afines a la salud mental, no es de menor importancia. En los últimos años, debido a los avances en neuroimagen, se ha generado una tendencia

a fraccionar los procesos mentales (Stuss et al., 2002), enfatizando la relación entre áreas específicas del cerebro y funciones neuropsicológicas discretas. El concepto de conducta concreta, por el contrario, enfatiza una visión sindromática de la lesión a los lóbulos frontales, donde la dificultad para tomar distancia del momento presente impacta todos los niveles de la conducta (al respecto ver Hanfmann, Rickers-Ovsiankina & Goldstein, 1944). Si bien ambas visiones son complementarias, la comprensión sindromática ofrece una mayor utilidad clínica (Salas, Vaughan, Shankers & Turnbull, en prensa).

Agradecimientos

Las ideas de este artículo corresponden a la ponencia Atrapado en el momento: Concretitud y Rehabilitación Neuropsicológica, trabajo presentado durante las Jornadas sobre Experiencias y Actualizaciones en Rehabilitación e Inclusión, Santiago, Chile, Noviembre, 2012. El autor de este artículo fue apoyado por Clínica Los Coihues y una beca de doctorado otorgada por el Gobierno de Chile.

Received: 18/10/2012

Accepted: 04/12/2012

References

- Cicerone, K., & Giacino, J. (1992). Remediation of executive function deficits after traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 2, 12-22.
- Fuster, J. M. (2008). *The Prefrontal Cortex*. London: Elsevier.
- Goldstein, K. (1936a). The modifications of behavior consequent to cerebral lesions. *Psychiatric Quarterly*, 10(4), 586-610.
- Goldstein, K. (1936b). The significance of the frontal lobes for mental performances. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 17, 27-40.
- Goldstein, K. (1942). Aftereffects of brain injury in war. Their evaluation and treatment. London: William Heinemann.
- Hanfmann, E., Rickers-Ovsiankina, M., & Goldstein, K. (1944). Case Lanuti: Extreme concretization of behavior due to damage of the brain cortex. *Psychological Monographs*, 57(4), 1-72.
- Hobson, R. P. (2012). Autism, Literal Language and Concrete Thinking: Some Developmental Considerations. *Metaphor and Symbol*, 27(1), 4-21.
- Judd, T. (1999). *Neuropsychotherapy and community integration. Brain Illness, emotions and behaviour*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Klonoff, P. S. (2010). *Psychotherapy after brain injury. Principles and techniques*. New York, New York: The Guilford Press.
- Ogden, J. A. (1996). *Fractured Minds: A case-study approach to clinical neuropsychology*. New York: Oxford University Press.
- Luria, A. R. (1966). *Higher Cortical Functions in Man*. London: Tavistock Publications.
- Mesulam, M. (2000). *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology*. New York: Oxford University Press.
- Mesulam, M. (2002). The human frontal lobes: transcending the default mode through contingent encoding. In D. T. Stuss & R. T. Knight (Eds.), *Principles of frontal lobe functioning* (pp. 8-30). New York: Oxford University Press.
- Salas, C. E., Vaughan, F. L., Shanker, S., Turnbull, O. H. (in press). Stuck in a moment: concreteness and psychotherapy after brain injury. *Neuro-disability and Psychotherapy*.
- Scott, J., & Schoenberg, M. (2011). Frontal lobe/Executive function. In M. Schoenberg & J. Scott (Eds.), *The little black book of neuropsychology: A syndrome-based approach* (pp. 219-248). New York: Springer.
- Subotnik, K., et al. (2006). Neurocognitive and social cognitive correlates of formal thought disorder in schizophrenia patients. *Schizophrenia research* 85(1): 84-95.
- Stuss, D. T., Alexander, M. P., Floden, D., Binns, M. A., & Levine, B. M. (2002). Fractionation and localization of distinct frontal lobe processes: Evidence from focal lesions in humans. *Principles of frontal lobe function*, 392-407.