

LA REHABILITACIÓN DE PACIENTES CON TEC EN EL ÁMBITO LABORAL

Mauricio Barrera Valencia

Universidad de San Buenaventura Medellín

Resumen

Se presenta una revisión de los principales aspectos que tienen que ver con la reinsertión de pacientes con trauma de cráneo al ambiente laboral, por ser esta una alteración que afecta de manera particular a la población laboralmente activa. Se presentan algunos aspectos de tipo epidemiológico y algunas nociones acerca de la plasticidad cerebral, como un mecanismo que se ve directamente afectado por las acciones que se emprendan en la recuperación del paciente con TEC. Posteriormente se presentan los aspectos psicosociales que están relacionados con el TEC y como estos aspectos en la mayoría de los casos afectan de forma significativa el desempeño laboral, para finalmente plantear algunas pautas que pueden orientar el proceso de reinsertión laboral, con el apoyo de las áreas de salud ocupacional o bienestar social.

Abstract

This paper presents a review of the main aspects related to the re-insertion to work of patients with encefalocraneal trauma, given that this is an alteration which particularly affects laborly active population. Several epidemiological aspects are considered as well as notions of cerebral plasticity, as a mechanism directly affected by the actions aimed at recovering this patient. Later on we present several psychosocial aspects related to this type of trauma. Given that this aspects affect labor performance in a significant manner, some guide lines and orientations are provided in order to facilitate and stimulate labor re-insertion, on the basis of the help and support of occupational health and social welfare areas.

Palabras Claves: Trauma encefalocraneal TEC, rehabilitación, reinsertión laboral.
Key Words: Encefalocraneal trauma, rehabilitation, labor re-insertion

En general se puede considerar el daño cerebral como una de las alteraciones que más afectan el normal funcionamiento del individuo en su entorno social, bien sea este laboral, familiar o académico. Otrosky et al. (1996) afirman que dentro de la población general se calcula que aproximadamente un 1% presenta

secuelas cognitivas ocasionadas por algún tipo de daño cerebral.

Dentro de las principales condiciones neurológicas potencialmente capaces de producir alteraciones neuropsicológicas se encuentran:

Los accidentes cerebrovasculares (ACV)

Los traumatismos craneoencefálicos (TEC)
Los tumores cerebrales
Las infecciones del sistema nervioso
Las enfermedades nutricionales y metabólicas
Las enfermedades degenerativas
La epilepsia

De esta etiología vale la pena resaltar que de acuerdo con las características epidemiológicas recogidas por Uribe y Col (2000) el TEC afecta con especial énfasis la población laboralmente activa, lo que conlleva a que se afecte no solo la salud del individuo sino la misma estabilidad económica familiar, con la consiguiente carga prestacional y asistencial que esta situación plantea. Adicionalmente, de acuerdo con la normatividad vigente, (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1997; Plazas y Plazas, 1998) se señala que el trabajador que haya sufrido alguna lesión, por causa o con ocasión de la labor que desempeña, se considerará como un accidente de trabajo y por tanto tendrá derecho a una serie de prestaciones asistenciales que incluyen su rehabilitación laboral.

El presente artículo, ofrece un panorama general acerca de las características del trauma de cráneo y como influyen en el proceso de reinserción laboral, para finalmente ofrecer una serie de pautas que puedan orientar el proceso de reincorporación al ámbito laboral, bajo unas condiciones particulares y con el apoyo no solo de las entidades encargadas de suministrar los cuidados necesarios para su recuperación, sino que también contando con el núcleo familiar y el medio laboral donde se desempeñaba el trabajador antes de su trauma.

Se hace especial énfasis en los factores psicosociales que rodean el trauma de cráneo, por ser estos factores no sólo los que eventualmente pueden afectar de forma más significativa el proceso de reinserción laboral, sino también porque desde el ámbito de la organización son varias las estrategias que pueden ser implementadas para su atención.

Aunque el documento va dirigido a la rehabilitación de pacientes con trauma de cráneo, muchas de las propuestas aquí presentadas, pueden ser aplicadas a otras patologías producidas por el daño cerebral. Se considera que con algunas modificaciones, este material puede ser útil para ese propósito. Lo importante es tener en cuenta que la evolución puede variar según se trate de una lesión repentina (ACV o TEC) o de una lesión producida por un deterioro progresivo (Tumor o enfermedad degenerativa). En el primer caso es de esperar que a medida que pase el tiempo se observe un restablecimiento parcial o completo de las funciones cognitivas; en el segundo caso, ocurre el proceso inverso, es decir que a medida que pase el tiempo se observará mayores alteraciones cognitivas.

Justificación

En junio de 1989, el doctor Murray Golstein, Director del Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas, publicó un reporte que se convirtió en cita obligatoria en cuanto a datos epidemiológicos se trata, en relación con el Trauma encéfalo craneal (TEC) (Miller, 1992; Groswasser, 1994). En el informe se señala entre otras cosas lo siguiente: "... en los Estados Unidos, cada cincuenta segundos alguien recibe un golpe en la cabeza. Se estima que al año ocurren cerca de dos millones de TEC, de los cuales quinientos mil son lo suficientemente severos para requerir hospitalización. Asimismo, de setenta y cinco mil a cien mil personas mueren cada año como consecuencia del daño cerebral. Cada año se reportan cincuenta mil nuevos casos de epilepsia como consecuencia del TEC". De acuerdo con este informe, todo esto genera unos costos cercanos a los 25 billones de dólares al año. (Goldstein, 1990 citado por Miller, 1992; Parker, 1996) Parker, R. (1996).

En Colombia de acuerdo a los datos recogidos por Cumplido (1991), el 8% por ciento de los pacientes que ingresan al servicio

de urgencias del Hospital Universitario San Vicente de Paul en la ciudad de Medellín,

presentan un TEC. Entre las causas, Cumplido presenta la siguiente tabla:

Tabla No. 1 *Etiología del Trauma Craneano en el HUSVP de Medellín*

ETIOLOGÍA	%
Arma de fuego	18.6
Arma corto contundente	22
Arma corto punzante	0.6
Golpe	8.6
Caída	24.6
Accidente de Tránsito	14.6
Desconocido	8
Otras	2.6

Asimismo Uribe y col. (2000) señalan que en 1994 se registraron en el Instituto de Medicina Legal, mas de 40.000 personas fallecidas como consecuencia de un Trauma de cráneo. De este número cerca del 70% tuvo como causa directa el uso de armas de fuego y un 15% fue por accidentes de tránsito, lo que señala unas condiciones muy particulares de tipo social y epidemiológico, diferentes de lo que acontece en otros países.

Este panorama lleva a considerar la importancia de desarrollar actividades a nivel preventivo, pero también a formular estrategias de rehabilitación que disminuyan el impacto de las secuelas, luego de un TEC.

De igual forma se debe tener en cuenta los nuevos enfoques de disciplinas como la psiquiatría que plantean la atención de pacientes mentales fuera de los sanatorios y hospitales mentales. Al respecto Roman, (2000) afirma: "la orientación actual de la psiquiatría hacia la comunidad y la atención primaria, que conlleva un proceso creciente de desinstitucionalización del paciente mental ha de tener en cuenta la inserción o reinserción

del mismo en el mundo laboral como un elemento decisivo de la recuperación de la vida social por el sujeto, y como un potente agente terapéutico. Los especialistas, y de modo muy particular los psicólogos que trabajan en el ámbito de la Salud de los trabajadores y también de algún modo en el campo de la Psicología de las organizaciones están llamados a jugar un papel protagónico en este proceso y de hecho enfrentarán estos casos en los ambientes laborales".

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la rehabilitación implica el restablecimiento de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible a nivel físico, psicológico y de adaptación social. Incluye poner todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes y permitir a las personas discapacitadas alcanzar un nivel óptimo de integración social (O.M.S. citado por Anxo, 2000)

Sin embargo, la rehabilitación de pacientes con trauma de cráneo se constituye en un tema de difícil abordaje, debido a la multiplicidad de

factores que inciden sobre la recuperación y a la amplia gama de posiciones que surgen a lo largo del proceso terapéutico, fundamentadas en la diversidad de disciplinas que atienden al paciente según se definan los objetivos en cada fase de la atención (Ardila, 1987; Moreno, 1998; Meier y Stauman, 1996).

En Colombia por ejemplo, lo que normalmente ocurre es que en un primer momento la atención del médico general y del neurocirujano se centra en estabilizar al paciente y plantear las estrategias que permitan mantenerlo con vida. Una vez logrado esto, el neurocirujano y el neurólogo buscan disminuir las secuelas del TEC, ya sea mediante medicación o cirugía y finalmente, y solo en algunos casos, se remite al psiquiatra el cual define el tipo de atención que recibirá una vez salga del hospital y que facilite su integración al entorno social, familiar y laboral. En esta intervención el psiquiatra puede contar con el apoyo terapéutico de un fisioterapeuta, un fonoaudiólogo, un terapeuta ocupacional, un psicólogo o un neuropsicólogo. Aún así, muy pocas veces se vincula este tipo de profesiones a la atención de pacientes con trauma de cráneo y cuando se hace, cada disciplina desarrolla su plan de trabajo de forma separada, con lo cual se corre el peligro de segmentar al individuo según la óptica y los objetivos que se plantee el salubrista. Adicionalmente, involucrar la familia o interesarse por su integración al medio laboral, se constituyen en intervenciones excepcionales dentro del proceso terapéutico.

Un factor que dificulta la atención de estos pacientes, es el formulado por Meier y Strauman (1996) quienes señalan la amplia gama de diferencias individuales que se presentan luego de un TEC, las cuales son el producto, entre otros elementos, de variables como la localización y profundidad de la lesión, el grado o severidad del daño neurológico y estados patofisiológicos concomitantes como el status premórbido de los hemisferios

cerebrales y las estructuras más profundas que pudieran resultar afectadas. Además existen elementos que favorecen o intervienen en la representación bilateral de las funciones cognitivas superiores como son la escolaridad y el nivel socioeconómico, que amplían la variabilidad de respuestas ante un trauma de cráneo y antecedentes de abuso de alcohol o drogas, exposición previa a toxinas industriales, deficiencias nutricionales y el estado de salud general y mental de la persona que determinan en buena medida el nivel de recuperación que se puede esperar al final de un proceso de rehabilitación.

Otro aspecto que obstaculiza la realización de programas de rehabilitación es el hecho de que la rehabilitación de funciones cerebrales es un campo relativamente nuevo. Moreno (1998) plantea que solo hasta los años cincuenta, aproximadamente, se comenzó a considerar la rehabilitación como un foco de atención por parte del especialista. Anteriormente, debido al hecho de que la neurona no puede dividirse, se pensaba que era imposible cualquier forma de rehabilitación, resignándose a esperar que la naturaleza obrara alguna especie de milagro en la recuperación del paciente. Sin embargo como sostiene este mismo autor, esta es una idea que aún permanece en la mente de muchos clínicos, restringiendo su trabajo a la atención de las alteraciones físicas y dejando de lado los déficits comportamentales y cognoscitivos que pudieran quedar como fruto de la lesión.

Finalmente, un tema escasamente considerado en la literatura y en los programas de rehabilitación, tiene que ver con los problemas emocionales y psicosociales que se derivan de un TEC. Lezak (1983, citado por Gainotti, 1996) afirma: "En la mayoría de los casos los cambios de personalidad, la angustia emocional y los problemas de conducta de un paciente con daño cerebral, son el producto de interacciones extremadamente complejas que involucran sus incapacidades

neurológicas, las exigencias sociales, familiares y laborales, los patrones de comportamiento previamente aprendidos y sus reacciones continuas a su estado”.

Con el fin de definir la severidad del TEC, el personal del servicio de urgencia y de atención intrahospitalaria emplea con mucha frecuencia la escala del coma de Glasgow la cual permite distinguir entre leve (si el puntaje es mayor de 13), moderado (si puntúa entre 8 y 12) y severo (si obtiene un puntaje menor de 7). La escala tiene la ventaja de que permite definir un pronóstico para cada grupo clasificado. Ruiz y Hurtado informan que el 75% de los pacientes que se clasifican como TEC severo presentan

mayor mortalidad y morbilidad en comparación con el 25% de los pacientes que se clasifican como TEC leve.

Así mismo, Tabaddor, Maltis y Zuzulia (1984, citado por Meier y Strauman, 1996) reportan que los pacientes clasificados con TEC severo presentaron mayores deficiencias y mayor duración de alteraciones en el funcionamiento intelectual general, procesamiento del lenguaje, coordinación fina y memoria reciente verbal y no verbal.

En la tabla 2 se muestran los parámetros y valores de la escala de Glasgow, como una guía para conocer la evolución que haya tenido el paciente durante la atención intrahospitalaria.

Tabla No. 2 *Escala de Glasgow*

Parámetro	Puntaje
Respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Flexiona pero no localiza	4
Rigidez Flexora	3
Rigidez Extensora	2
Sin respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado	4
Solo palabras	3
Solo sonidos	2
Sin respuesta	1
Respuesta ocular	
Apertura ocular espontánea	4
Apertura ocular al llamado	3
Apertura ocular al dolor	2
Sin respuesta	1

Aunque parece claro que la escala de Glasgow es un buen instrumento para establecer un pronóstico de la lesión, es importante señalar con respecto al TEC leve, que puede dejar una serie de secuelas sutiles que son difíciles de identificar mediante el uso de pruebas estándar, pero que pueden generar hacia el futuro dificultades de adaptación laboral y familiar (Parker, 1996). Esto es muy importante a la luz de la presente revisión, pues la mayoría de las veces estas personas se reincorporan rápidamente a sus labores, sin una adecuada evaluación y sin ningún tipo de seguimiento que permita observar su desempeño posterior al evento y proponer estrategias de adaptación al ambiente laboral.

Plasticidad cerebral

Luego de un TEC el cerebro inicia una serie de respuestas que buscan atenuar su impacto sobre el nivel de funcionamiento de la persona. Sin embargo, debido a que los mecanismos que daban lugar a esta mejoría fueron poco claros hasta bien entrado el siglo veinte, los programas de rehabilitación fueron prácticamente inexistentes. Un hecho que hacía más misterioso el fenómeno de la recuperación era la evidencia que existía sobre la imposibilidad de la neurona para regenerarse. Por esta razón se presenta en este apartado un resumen sobre algunos aspectos relacionados con el tema de la plasticidad cerebral, con el fin de ofrecer elementos que permitan entender mejor el papel que juega la rehabilitación en términos del restablecimiento de la función y el tiempo de la intervención.

Con la publicación en 1824 por parte de Flourens de su libro "Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux dans les animaux vertébrés" (Flourens, 1824, citado por Velasco, 1999) se dan las primeras evidencias acerca de la plasticidad del cerebro. Sus estudios demostraron que si las funciones están localizadas en áreas

individuales del cerebro, cuando hay pérdidas a consecuencia de una lesión, pueden recuperarse sin que necesariamente ocurra la restitución del área cerebral destruida.

Este trabajo fue olvidado hasta los años cincuenta, cuando se observó que aunque las neuronas no se dividieran, el crecimiento de las dendritas y la formación de nuevas sinapsis era un proceso que duraba toda la vida. Así, se define la plasticidad cerebral como la tendencia al cambio que poseen las sinapsis como resultado de la actividad cerebral. Las ramas terminales se remodelan sin cesar, así como cambia la morfología y función de la glia y las interacciones neurona - glia, siendo estos cambios fundamentales en procesos tan dispares como el aprendizaje o la reparación de lesiones (Moreno, 1998).

Luego de un suceso orgánicamente estresante se pueden observar manifestaciones de daño neuronal hasta en regiones adyacentes al foco de lesión; empero después de tres semanas y por todo el tiempo que siga, se comprueba la progresiva rehabilitación de funciones por el intercambio y sustitución de funciones entre los sistemas neuronales más complejos y más recientemente por la comprobación de la aparición de neuronas nuevas, por lo menos en parte del hipocampo y la circunvolución dentada (Velasco, 1999).

Como puede observarse, la evidencia presentada permite concluir que a pesar de la gran complejidad que presenta la atención de pacientes con TEC, es perfectamente viable y deseable desarrollar actividades de rehabilitación que faciliten el proceso natural del cerebro en el restablecimiento de sus funciones, no solo en el marco de la atención clínica, sino como se verá a continuación, en el marco del entorno social del paciente.

Aspectos psicosociales del TEC

Dado que las alteraciones emocionales, comportamentales y psicosociales influyen de forma decisiva sobre la reincorporación del

paciente a su ámbito familiar y laboral y son poco consideradas en los programas de rehabilitación de pacientes con trauma de cráneo, se hace necesario hacer dos consideraciones iniciales:

- La primera es una invitación para que se examine con precaución los resultados de los instrumentos que se emplean para la evaluación de este tipo de alteraciones, luego de un trauma de cráneo. En este sentido Gainotti (1996) afirma que "...la gran mayoría de las pruebas, escalas e inventarios existentes para medir estos aspectos han sido desarrollados para pacientes psiquiátricos, pensando en los criterios, los problemas y la sintomatología del diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, no existe razón para creer que los cambios emocionales y de personalidad que resulten del daño a una estructura cerebral específica (o de lesiones cerebrales en general) deban corresponder a los criterios de diagnóstico psiquiátrico... Por eso, el empleo de estos instrumentos en pacientes con daño cerebral puede ser altamente problemático y a veces erróneo".
- La segunda consideración tiene que ver con la distinción que existe entre las reacciones emocionales ocasionadas directamente por el TEC de las reacciones normales que se pueden dar ante una situación que es anormal en sí misma. Así, no es lo mismo atender la depresión en una persona cuyo daño neurológico en áreas como el sistema límbico puede ocasionar cuadros depresivos, a una persona que debido a la conciencia de su estado de salud y limitaciones se deprime.

En este sentido es necesario distinguir los factores que subyacen a los problemas emocionales y psicosociales como consecuencia del TEC. Gainotti propone dividir dichos factores en tres grandes categorías:

La primera categoría incluye los factores neurológicos propiamente dichos, es decir,

aquellos mecanismos neurales específicos cuya disfunción provoca alteraciones emocionales y conductuales.

Los datos neuropatológicos y clínicos sugieren que entre las diversas categorías de pacientes sometidos a la rehabilitación, aquellos que muestran el vínculo más directo entre la lesión cerebral estructural y la emoción o trastornos psico- sociales, son los que presentan las secuelas de un traumatismo craneoencefálico romo severo. En estos paciente (y sobre todo en los que han sufrido una lesión típica de la clase aceleración - desaceleración durante un accidente automovilístico) el traumatismo compromete principalmente las estructuras axiales del cerebro y las partes mesio- basales de los lóbulos frontales y temporales, es decir, algunos de los componentes más importantes del sistema límbico (Gainotti, 1996).

La segunda categoría hace referencia a los factores psicológicos, es decir aquellas actitudes personales hacia la incapacidad que resultan de la conciencia del defecto y de sus implicaciones en cuanto a la organización psicológica y la calidad de vida del paciente.

A este respecto Gainotti, (1996), destaca la reacción de negación que muchos pacientes desarrollan luego de un evento traumático discapacitante, como un aspecto a tener en cuenta en la atención de estos pacientes, ya que en opinión de este autor se constituye en un factor crítico a tener en cuenta al momento de la formulación de objetivos terapéuticos. Así, en personas cuyo estilo de vida se centre en aspectos como el prestigio, la auto-realización y la independencia, dejando de lado aspectos como la dependencia y las relaciones interpersonales íntimas, tenderán a ser mas vulnerables, debido a que el sujeto deberá enfrentarse al problema de cambiar su estilo de vida y reorganizar su sistema de valores. Ahora bien, aunque pudiera pensarse que es prioritario atacar la reacción de negación, con el fin de centrar al paciente en el marco de su

realidad actual, Anxo, (2000) sugiere que no siempre debe ser un objetivo inicial, ya que puede ser adaptativo para la persona tener un período de tiempo donde no sea completamente consciente de su realidad, hasta tanto no desarrolle estrategias cognitivas que le permitan hacer frente a su nueva condición. Ahora bien, si la negación del paciente se constituye en un impedimento para el proceso de rehabilitación (por ejemplo, "yo no hago esa tarea porque yo estoy bien"), puede ser conveniente enfrentarlo a su nueva realidad, para que asuma con responsabilidad su proceso terapéutico.

Tanner y Gerstenberger (1988, citado por Gainotti, 1996) plantean que luego de una pérdida funcional significativa para el sujeto, surgen una serie de reacciones sucesivas frente a la pérdida que incluyen, además de la negación las siguientes reacciones:

Frustración: La cual surge de la incapacidad de comunicar (o de realizar una tarea que antes le resultaba fácil) y de su impotencia de cambiar el curso de los acontecimientos que condujeron a la pérdida. Normalmente la ira es la forma más común de manifestar la frustración, aunque también se puede presentar la apatía y el retiro social.

Depresión: Es obviamente la reacción emocional experimentada por la mayoría de los pacientes que se dan cuenta de la pérdida funcional, y la severidad de la depresión es por lo regular directamente proporcional a la importancia que el paciente atribuya a la función pérdida.

Aceptación: Se da cuando el paciente entiende su situación y está dispuesto a disminuir el impacto de su limitación.

La tercera categoría incluye los factores psicosociales, es decir, las consecuencias que el deterioro funcional tendrá en la red de relaciones sociales y de las actividades sociales del paciente.

Con respecto a esta tercera categoría, es interesante observar cómo durante los últimos años, se ha prestado cada vez más atención a los aspectos psico-sociales del daño cerebral, enfatizando, por un lado, el impacto que tendrá el deterioro funcional en todo el sistema de actividades y relaciones sociales del paciente y, por el otro, en la carga que las consecuencias del daño cerebral puede representar para la familia del paciente. El cambio de atención de la dinámica neurológica y psicológica hacia los aspectos psico-sociales del daño cerebral se debe principalmente a la urgencia de los problemas psico-sociales que surgen a raíz de la sobrevivencia prolongada de pacientes con traumatismos craneoencefálicos severos. De hecho, desde el punto de vista epidemiológico, los pacientes con traumatismos cerebrales son normalmente sujetos jóvenes y sus impedimentos residuales y cambios mentales significan una carga emocional, social y financiera para sus familias y representan una fuerte demanda para los servicios de rehabilitación (Gilchrist y Wilkinson, 1979, citado por Gainotti, 1996).

De igual forma estos mismos autores, han mostrado que solamente pacientes con traumatismos cerebrales no severos regresan a sus trabajos anteriores, mientras aquellos que sufrieron TEC severos a menudo son incapacitados para reasumir un empleo remunerado o regresan al trabajo a un nivel más bajo que antes. Los cambios mentales que en mayor parte contribuyen a esta capacidad reducida de trabajo normalmente consisten en un deterioro en la iniciativa, incapacidad para planear o sostener alguna actividad, puerilidad, falta de control emocional (con impulsividad e irritabilidad) y poca tolerancia a la frustración.

Los estudios que se han centrado en identificar el desempeño laboral, luego de un TEC, han arrojado resultados muy variados. Así, Kay, Ezrachi y Cavallo (1988, citado por McCue, 1992), revisaron 37 estudios en los cuales se examinó el desempeño laboral de

personas con TEC. Estos estudios abarcaron un período de 40 años, desde 1945 hasta 1985. De estos estudios se reportó que luego del año siguiente a la lesión las tasas de empleo variaron del 20% al 96%. Desafortunadamente, la falta de una metodología estandarizada dificulta sacar conclusiones de este cúmulo de estudios. Las dificultades de diseño incluyen la variabilidad en el rango de severidad del TEC, la falta de un criterio uniforme sobre lo que significa regresar al trabajo y la falta de verificación acerca del nivel de desempeño en dicho trabajo.

A pesar de estos problemas, parece claro que en la mayoría de los casos, las personas que luego de un TEC se reintegran al trabajo, presentan dificultades que ponen en riesgo su estabilidad laboral (Fraser y col. , 1988, citado por McCue, 1992).

McCue considera que a pesar de la amplia variabilidad de respuestas por parte de los pacientes luego de un TEC, se pueden identificar cuatro factores críticos que afectan el proceso de reinserción al ambiente laboral:

El primero tiene que ver con la capacidad de la persona para identificar sus limitaciones y monitorear su comportamiento. Pringatamo (1989, citado por McCue, 1992) reporta que el desconocimiento de los déficit por parte de la persona luego de un TEC, es el factor más relevante en el proceso de reinserción laboral. Este es un fenómeno que ocurre principalmente en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho y de acuerdo a Damasio (1996) en pacientes con lesiones prefrontales, se observa una indiferencia a su estado de salud y una tolerancia insólita al dolor que se asemeja mucho al paciente anosognótico. De igual forma Damasio considera que la anosognosia nada tiene que ver con el mecanismo psicológico de la negación. En el primer caso se trata de una lesión cerebral que impide percibir de forma directa, rápida e interna el defecto que queda luego de un TEC. En el

segundo caso se trata de un mecanismo adaptativo, que le permite al paciente asimilar de forma gradual su situación actual y elaborar una especie de duelo.

El segundo factor tiene que ver con el adecuado control de la conducta. Aspectos como la impulsividad, las verbalizaciones inapropiadas, las interacciones sociales pobres y las conductas perseverativas, pueden ser determinantes en el proceso de integración al ambiente laboral.

Un aspecto que está muy ligado con este, tiene que ver con el alto riesgo que presentan estas personas de adquirir conductas adictivas tanto a drogas como alcohol, por lo que debe hacerse un buen acompañamiento, que limite la posibilidad de caer en este tipo de comportamientos, los cuales dificultan aún más el proceso de reintegración al ambiente laboral.

Asimismo, el paciente con TEC puede presentar otra serie de alteraciones concomitantes que pueden dificultar su desempeño laboral como son problemas en la movilidad o la comunicación y dificultades para iniciar o terminar una tarea relacionadas con la motivación o el nivel de tolerancia a la fatiga.

El tercer factor tiene que ver con la facilidad por parte del empleador para modificar y adecuar el puesto de trabajo a las posibilidades del trabajador que se reintegra a sus funciones, la posibilidad que tenga el paciente de integrarse a sus labores de forma progresiva, el apoyo que pueda recibir por parte de sus jefes inmediatos y la comunicación que se mantenga entre el equipo de rehabilitación y el empleador. Sobre este aspecto se volverá más adelante para presentar algunas estrategias que pueden ser viables de aplicar en el entorno laboral para minimizar los efectos de un TEC.

Finalmente, el cuarto factor tiene que ver con el apoyo de la familia al proceso de reinserción laboral. De hecho la familia debe estar involucrada activamente en el proceso, ya que puede servir de puente entre el médico tratante y la entidad, dando soporte afectivo y

animando al paciente para que se reincorpore a sus funciones.

Sin embargo, es importante tener muy en cuenta que el daño cerebral traumático, no solo afecta a la persona que sufrió el daño; también afecta de forma significativa al núcleo familiar, por lo que es muy importante que se incluya a la familia en el proceso de rehabilitación, no solo como un excelente coadyuvante, sino como un aspecto al que hay que atender con suma atención. Anxo (2000) sugiere que cuando se presenta en la familia un miembro con daño cerebral, se tengan en cuenta los siguientes hechos relevantes:

Generalmente, el daño cerebral traumático repercute significativamente sobre la salud no solo del individuo sino también de la familia.

Normalmente, luego del daño cerebral se encuentran más afectadas las relaciones de pareja que las relaciones parentales.

Con el tiempo, las familias tienden a sufrir un progresivo aislamiento social, lo cual puede dificultar el proceso de reinserción laboral.

De igual forma Armstrong (1991, citado por Hernández, García, Shea y Cohello, 1996) señala que las familias tienden a responder rápida y eficientemente a la crisis, pero que cuando la misma se prolonga, la familia agota sus reservas e inevitablemente cae en un estado de depresión.

La rehabilitación de pacientes con TEC

Diller (1994) informa que en 1992 fueron registrados 1500 programas de rehabilitación en el National Directory of Head Injury Services en los EE.UU.

Aunque este autor señala que en general los programas combinan distintas metodologías y enfoques teóricos, propone dividir dichos programas de intervención en dos categorías: aquellas que enfatizan las intervenciones en el contexto y aquellas que orientan su intervención hacia la remediación cognitiva. Dado que los modelos de rehabilitación orientados hacia la remediación

cognitiva, centran su atención en disminuir los efectos cognitivos de las lesiones en la cabeza a través de procedimientos neuropsicológicos, nos centraremos en las intervenciones en el contexto, las cuales son más factibles de ser desarrolladas al interior de las empresas.

Intervenciones orientadas hacia el contexto (contextually driven intervention)

Plantea la rehabilitación en términos de enfocar su atención en facilitar su desempeño en el ambiente de la persona y no tanto en situaciones de laboratorio. Dentro de este enfoque agrupa los siguientes tipos de tratamiento:

Aproximaciones de tipo grupal: propone la utilización de grupos de pacientes con lesiones y déficit semejantes. Tiene varias ventajas entre las que se pueden señalar la posibilidad de modelar en vivo situaciones sociales inadecuadas, producir comportamientos que no aparecen en la sesión uno a uno, identificar y tratar simultáneamente problemas de tipo psicosocial y cognitivo y aprovechar al máximo la disponibilidad de recursos limitados.

Rehabilitación vocacional en el contexto laboral: Esta metodología plantea el empleo de situaciones muy aproximadas al ambiente real de la persona. Para su aplicación se definen una serie de niveles de exigencia tanto en los aspectos de interacción social y control conductual como en lo que tiene que ver con el desarrollo de habilidades cognitivas. Una vez definidos los niveles de exigencia, se somete a la persona al nivel de exigencia más bajo y mediante técnicas de moldeamiento de la conducta se va aumentando el nivel de exigencia. Normalmente, esta metodología implica el apoyo de terapia individual para aquellos problemas cognitivos o comportamentales que la persona va presentando en las sesiones simuladas.

A pesar de ser una metodología atractiva

por cuanto comparte su metodología con otras técnicas de reconocida eficacia (moldeamiento, desensibilización sistemática, etc.), presenta una relación costo beneficio poco clara (Fabian, 1992, citado por Diller, 1995).

Rehabilitación a través de entrenadores:

Esta es una metodología recientemente desarrollada que consiste en asignar una especie de consejero del paciente en su sitio de trabajo, cuya misión es lograr que la persona mantenga su trabajo. En un estudio realizado en 1975, se mostró que es posible entrenar a los(as) esposos (as) de los afásicos, para servir como entrenadores de sus cónyuges afásicos (Goodkin, Diller y Shah, 1975, citado por Diller, 1994). El concepto ha sido extendido y muestra que estudiantes de áreas médicas o sociales, pueden ser entrenados para: enseñar a pacientes y familiares a desarrollar estrategias compensatorias para sus déficit perceptuales y cognitivos, solucionar problemas de adaptación al entorno social y, enseñar a la familia a distinguir déficits de conductas que normalmente pueden ser vistas como falta de cooperación, puerilismo o disturbios emocionales.

Ahora si bien es claro que cada caso es particular, no solo por la variabilidad de respuesta del individuo ante el TEC sino además por la estructura de sus redes sociales y las posibilidades de la empresa, es posible hacer algunas recomendaciones generales que permitan guiar el proceso de reinserción laboral:

Definir los recursos (humanos, técnicos y financieros) con que se dispone para la atención del caso.

Recoger información relevante en relación con sus antecedentes comportamentales, cognitivos y emocionales (averiguar si era una persona irritable, agresiva o por el contrario pasiva y sumisa) con el fin de medir los efectos de la lesión sobre el comportamiento y poder distinguir más fácilmente, qué es propio de la personalidad del individuo y qué es producto de la lesión e información acerca de la evolución luego del TEC.

Analizar el entorno familiar para determinar el impacto (en términos psicológicos, sociales y económicos) que pueda producir el TEC sobre la familia e identificar la o las personas que pueden asumir de mejor forma el papel de entrenadores en el proceso de rehabilitación.

Establecer una comunicación efectiva con el equipo médico que atiende el caso para definir conjuntamente las estrategias de intervención en el entorno familiar y laboral.

Sensibilizar a las directivas acerca de la importancia que tiene el facilitar el retorno del trabajador sobre la salud física y mental del trabajador.

Ahora bien, de acuerdo a McCue (1992) y Anxo (2000) existen una serie de estrategias relacionadas con la planeación de la intervención y la posición del administrador de caso que pueden servir a manera de sugerencias en el proceso de rehabilitación laboral:

La primera estrategia esta relacionada con una inclinación inicial, muy frecuente en la rehabilitación de pacientes con TEC, y que consiste en centrarse en remediar el área del déficit. En este caso, a través de la aplicación de un tratamiento directo, el individuo aprende nuevas estrategias para reentrenar la habilidad perdida. Es una aproximación basada en dos modelos teóricos:

- Teorías del artefacto. Plantean que la recuperación se produce porque los déficit cognitivos que se producen luego del daño, solo se habían inactivado, por lo que luego de un tiempo el cerebro activa nuevamente dicha función.
- Redundancia y funcionamiento vicario. Explica la ausencia inesperada de efectos post-lesión y su rápida recuperación, mediante la Hipótesis de que los sistemas neurales de los que depende una función particular son redundantes.

Una segunda estrategia puede ser compensando el área del déficit. Esta aproximación está basada en la utilización de

una habilidad distinta para compensar el déficit. Por ejemplo si el paciente tiene dificultades para memorizar material de tipo verbal, puede presentarse el material de forma gráfica. Así, en el ámbito laboral, se pueden dar instrucciones mediante el uso de gráficos o entrenar al individuo, utilizando técnicas de modelamiento de la conducta. El supuesto teórico se basa en los trabajos de Luria acerca de los sistemas funcionales según los cuales una determinada función puede ser desarrollada de diversas formas. (compensación conductual)

En tercer lugar se puede desarrollar habilidades de acomodación para el área de déficit. Esta aproximación se basa en el uso de ayudas externas o ambientales que permitan suplir la deficiencia. Aquí es útil el uso de agendas para los problemas de memoria, la verificación de tareas, por parte de un familiar o compañero de trabajo, etc.

Una última estrategia podría ser denominada restringir o circunscribir el área del déficit. Un buen ejemplo puede ser el de las personas que presentan déficit en las relaciones interpersonales, las cuales pueden ser asignadas a labores que impliquen poca interacción social.

Finalmente, es importante señalar que el regreso al trabajo, puede constituirse en un aspecto muy positivo para el individuo, por cuanto le permite sentirse nuevamente útil y darle una sensación de autonomía. Sin embargo, es importante analizar con mucho

cuidado el impacto que tendrá para la persona su regreso a laborar, pues es probable que no vuelva a desarrollar las actividades previas al evento traumático, lo cual puede generar conflictos y constituirse en fuente de insatisfacción, agravando el proceso de recuperación y afectar el grupo de trabajo.

Así mismo, es necesario evaluar los efectos que el estrés laboral pueden ocasionar en una persona que se reincorpora a su labor con una serie de expectativas y ansiedades que rara vez son comprendidas a cabalidad. Para el abordaje de esta situación Román, (1998) plantea dos enfoques bien definidos:

El primero es tomar en cuenta las condiciones del trabajo y como estas condiciones son percibidas por los individuos y la forma en que reaccionan ante ellas o,

El segundo que sería definiendo las características estructurales del puesto de trabajo, dirigiendo su atención a los recursos disponibles en los individuos y en los grupos para cumplir las demandas de producción y de realización del trabajo.

Como puede observarse, existe todo un arsenal de estrategias, adicionales a las empleadas en el contexto clínico y de atención neuropsicológica, que pueden ser empleadas en el ámbito laboral, con la participación activa de la familia. Su efectividad depende en buena medida del trabajo interdisciplinal e interinstitucional que se logre a lo largo del proceso y de la adecuada interacción que logremos del trabajador con su medio.

Referencias

- A taxonomy of Neurobehavioral Function Applied to Neuropsychological Assessment After head Injury *Neuropsychology Review*. Vol. 6 No 3
- Anexo, M. (2000). *Rehabilitación neuropsicológica de pacientes con Daño Cerebral*. Taller organizado por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Medellín octubre de 2000.
- Ardila, A. (1987). La rehabilitación en neuropsicología. En *Rev. Arte y Conocimiento*. No. 5.
- Cumplido, A. (1991). Trauma Encefalocraneano. En *Fundamentos de Medicina, Neurología*. Editado por Uribe, C. S; Arana, A. y Lorenzana, P. Corporación para investigaciones biológicas Medellín, Colombia.

- Damasio, A. (1996). *El Error de Descartes*. Edit. Grijalbo Barcelona: España.
- Diller, L. (1994). Finding the Right Treatment Combinations: Changes in Rehabilitation Over the Past Five Years. En Christensen, A y Uzzell, B. (Ed.). *Brain Injury and Neuropsychological rehabilitation* Laurence Erlbaum Associates Publishers: Hillsdale EE.UU.
- Gainotti, G. (1996). Problemas emocionales y psico-sociales como consecuencia del traumatismo craneoencefálico. En Otrosky, F. Ardila, A y Chayo, R. (Ed). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Planeta: Mexico.
- Hernández, A. F; García, J; Shea, L; Coello, E.C. (1996). Organización e implementación de una Unidad Neuropsicológica. En Otrosky, F. Ardila, A. y Chayo, R. (Ed). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Planeta Mexico.
- Meier, M. J. y Strauman, S.E. (1996). La Recuperación Neuropsicológica. En Otrosky, F. Ardila, A. y Chayo, R. (Ed.) *Rehabilitación Neuropsicológica*. Planeta Editores C. de Mexico.
- Miller, J. (1992). Managment and evaluation of Head Trauma. En Long, C. and Ross, L. (Ed.). *Handbook of Head Truma*. New York, EE.UU.: Plenum Press.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1997). *Desarrollo Jurídico del Sistema General de Riesgos Profesionales*. Santafé de Bogotá: Colombia.
- Moreno, P.(1998). *Hacia una teoría comprensiva de la rehabilitación de funciones cerebrales como base de los programas de rehabilitación de enfermos con daño cerebral*. En Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología\ (www.neurología.rediris.es/congreso)
- McCue, M. (1992). Job-Orietated Rehabilitation. En *Handbook of Head Trauma* Edit. Por Log, C y Ross, L. Plenum press. New York EE.UU.
- Otrosky, F; Ardila, A; Chayo, R. (1996). *Rehabilitación Neuropsicológica*. Edit Planeta Mexicana C. de Mexico: Mexico
- Parker, R. (1996). A taxonomy of neurobehavioral functions applied to neuropsychológica assessment after head injury. *Neuropsychology Review* (6)3 135-169.
- Plazas, G. y Plazas, G. (1998). *La Nueva Seguridad Social*. (5ª ed.) Santafé de Bogotá, D.C. Colombia.
- Román, J. (2000) *Salud Mental y Trabajo*. IV Encuentro de Psicología de la Salud Ocupacional.
- Uribe H; Giraldo, J; Medina, D. (2000). *Cirugía - Neurocirugía*. Ed. Universidad de Antioquia. Medellín Colombia.
- Velasco, M. (1999). Plasticidad cerebral, perspectivas de su desarrllo. En *Arch Neurocient*. Vol. 4 No. 2 pág. 98-100.