

## “Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo”: intervención en un paciente con Lesión Cerebral Adquirida

“Administrative Labor Training Program”: intervention in a patient with Acquired Brain Injury

Isabel Aranguren | Melania Ron | María Teresa Saenz Rozas | María Julieta Russo

### Isabel Aranguren

Lic. en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del Programa de Rehabilitación Laboral del Centro de Rehabilitación Fleni.

iaranguren@fleni.org.ar

### Melania Ron

Lic. en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de San Martín. Jefe de Servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación Fleni.

mron@fleni.org.ar

### María Teresa Saenz Rozas

Lic en Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires. Terapeuta junior del Centro de Rehabilitación Fleni.

msaenzrozas@gmail.com

### María Julieta Russo

Médica Neuróloga, Universidad Nacional de La Plata. Coordinadora Médica Rehabilitación Cognitiva, Lenguaje y Musicoterapia del Centro de Rehabilitación Fleni.

### Resumen

El retorno al trabajo es un importante indicador de participación comunitaria. Luego de una lesión cerebral adquirida la reinserción laboral es un desafío debido a los déficits físicos, cognitivos y emocionales de esta población. Teniendo en cuenta esta problemática hemos desarrollado un programa de entrenamiento laboral administrativo (PELA) en el cual se simula un puesto de trabajo con tareas específicas. En el presente trabajo se reporta la experiencia con un paciente con secuela de accidente cerebro vascular. La incorporación del PELA dentro de una unidad de rehabilitación brinda la posibilidad de abordar en estadios tempranos del proceso de rehabilitación la problemática de la reinserción laboral.

**Palabras clave:** Lesión cerebral, retorno al trabajo, entrenamiento laboral.

### Abstract

*Return to work is an important indicator of community participation. After an acquired brain injury this becomes a challenge due to the physical, cognitive, and emotional impairments this population shows. Considering this problem we have developed an Administrative Labor Training Program (ALTP) which consists of a simulated job experience with specific activities. In this paper we report the experience with a stroke patient. The inclusion of the ALTP in a rehabilitation unit gives the opportunity to deal with the return to work problematic in early stages.*

**Keywords:** Brain injury, return to work, job training.

## Introducción

La revinculación laboral luego de una lesión cerebral adquirida es un verdadero desafío debido a los posibles impedimentos físicos, cognitivos y emocionales que suelen presentar estos pacientes. Las demandas de las actividades productivas como la actividad laboral, requieren de la integración de habilidades tanto motoras como cognitivas y sociales. El retorno al trabajo es un importante indicador del funcionamiento en el mundo real, y también es considerado como un resultado del éxito de un programa de rehabilitación.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y Salud (CIF) creada por la OMS (2002), reconoce que el retorno al trabajo es un componente esencial para una reinserción social exitosa. Aquellos individuos con lesión cerebral que están empleados reportan un mejor estado de salud, una mejor sensación de bienestar, mayor integración social dentro de la comunidad, por otra parte también reportan un menor uso de los servicios de salud y una mejor calidad de vida. Contrariamente la falta de trabajo puede crear tensión psicosocial e impacto financiero para la persona con lesión cerebral y la familia (Corrigan *et al.*, 2001; Wehman *et al.*, 2005).

La lesión cerebral adquirida se la define como aquella injuria en el cerebro que no es hereditaria, congénita o degenerativa. Las lesiones cerebrales adquiridas pueden ser de origen traumático o no traumático, siendo el traumatismo de cráneo y el accidente cerebrovascular las causas más frecuentes, respectivamente.

Con respecto al traumatismo de cráneo es un problema de salud pública ya que afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población. Es la tercera causa de muerte para todos los grupos de edad tanto en países desarrollados como en vías de serlo. Es la primera causa en la población de 1 a 45 años y la causa de fallecimiento de 3 de cada 4 adolescentes (15 a 24 años) así como de 2 de cada 3 adultos jóvenes (25 a 35 años). De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2001 se produjeron 3,5 millones de muertes (6% del total de defunciones) y se perdieron 113 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY por su sigla en inglés) por lesiones no intencionales. Esta problemática afectó particularmente a los países de ingreso medio y bajo, ya que en los mismos se produjeron casi el 90% de los fallecimientos y pérdida de AVAD. Asimismo, el grupo etario entre 15 y 44 años es el más perjudicado por este problema. En Estados Unidos representa un costo anual de cerca de \$17 mil millones cada año en atención médica y pérdida de productividad (Corso *et al.*, 2015).

Muchos pacientes con lesión cerebral adquirida sufren secuelas físicas, cognitivas emocionales y del comportamiento a largo plazo, que constituyen un obstáculo sustancial para el retorno

al trabajo. Luego de un accidente cerebrovascular la proporción de pacientes que retornan al trabajo varía entre el 11-85% y entre el 11 y 82% en lesiones traumáticas (Trygged *et al.*, 2011; Radfor *et al.*, 2013) según trabajos reportados, y suelen ser dependientes de una rehabilitación integral y un abordaje psicosocial (Shames *et al.*, 2007). En una revisión sistemática desarrollada por Van Velzen JM, y colaboradores (2009a) en adultos con lesión cerebral adquirida se evidenció que sólo el 40% de los pacientes previamente empleados menores de 65 años vuelven al trabajo dentro de los dos años posteriores al evento. Los resultados de la revisión demuestran que el trabajo es un elemento importante en la vida de los pacientes con lesión cerebral adquirida, enfatizando el significado del trabajo como facilitador de un ambiente social y proveedor de un sentido para su vida (Stergiou-Kita *et al.*, 2012).

Sin embargo, se debe tener en cuenta que en la actualidad no disponemos de criterios operativos para definir cuándo un retorno laboral puede ser considerado exitoso, debido a que numerosas variables pueden influir en su valoración, como por ejemplo, tipo de trabajo, demanda de las tareas, modificación en el puesto y, o carga horaria del trabajo, o reubicación en un nuevo puesto de trabajo. Por otro lado, numerosos factores pronósticos relacionados a la lesión cerebral influyen en la recuperación funcional y el retorno al trabajo, como por ejemplo, la edad, el tipo de lesión, la severidad y localización de la lesión, el nivel de educación previa, la ocupación y puesto de trabajo al momento del evento (Wehman *et al.*, 1993). Los datos sobre severidad de la lesión son mixtos, probablemente debido a las diversas definiciones, en algunos estudios se observa que las personas con traumatismo de cráneo grave tienen dificultad para la reinserción laboral (Brooks *et al.*, 1987) y Van Velzene y colaboradores (2009b) no encontraron ningún efecto.

En relación al nivel de educación premórbido e historia laboral, los profesionales y aquellas personas con mayor nivel de educación muestran mejor retorno laboral que las personas que realizan trabajos manuales (Greenspan Al *et al.*, 1996; Walker *et al.*, 2006).

Por último, un factor que influye positivamente en el retorno laboral es la capacidad de autoconciencia, la motivación y la capacidad para fijar metas razonables (Ben-Yishay, 1989; Sherer *et al.*, 1998). Se obtienen mejores resultados en rehabilitación cuando la persona está motivada con la tarea. Este concepto puede ser transferido al proceso de rehabilitación vocacional (Ciampa A *et al.*, 2016). La autoconciencia es un componente clave del proceso de rehabilitación.

La rehabilitación laboral o también conocida como rehabilitación profesional, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP), es el proceso por el cual una persona lo-

gra compensar con el mayor grado posible las desventajas originadas de una deficiencia o una discapacidad, que afectan su desempeño laboral, dificultando o impidiendo la integración sociolaboral mediante la consecución, el mantenimiento y promoción de una vida productiva. La rehabilitación laboral se justifica cuando la persona con discapacidad enfrenta una desventaja laboral (Montero Gomez, 2003).

La rehabilitación laboral es subsiguiente, e incluso simultánea, a la rehabilitación clínica o médico-funcional y con ésta, así como con la rehabilitación social, es parte del proceso de la rehabilitación integral de personas con discapacidad con el objetivo de su reinserción social completa.

Como todo proceso de rehabilitación en salud, la rehabilitación laboral es interdisciplinaria dirigido principalmente por profesionales en Terapia Ocupacional junto con profesionales de medicina física y rehabilitación y con la complementación de otras disciplinas o profesiones, como la Psicología, la Fisioterapia, Fonoaudiología y el Trabajo Social, necesarias para resarcir a la persona sus funciones sociales, laborales y productivas (Montero Gomez, 2003).

Los programas de entrenamiento laboral permiten a los individuos encontrar soluciones a los problemas y nuevas maneras de trabajar dentro de sus capacidades, desarrollando nuevas estrategias y hábitos.

Existen fuertes evidencias de que aquellas intervenciones que contienen una combinación de componentes como adaptación de la tarea, apoyo personalizado, apoyo emocional y educación, son eficaces para favorecer el retorno al trabajo (Donker *et al.*, 2016).

El programa de rehabilitación laboral de Fleni tiene como objetivo general brindar orientación para el retorno laboral de los pacientes con secuelas neurológicas. Se trabajan las etapas de evaluación-orientación, análisis ocupacional/ adecuación de puestos, formación, entrenamiento, colocación y seguimiento, siguiendo el lineamiento propuesto por GLARP. Para ello se realiza una entrevista al paciente, a través de un cuestionario semi estructurado, donde se recaban datos personales, datos de la discapacidad, datos contextuales, historia ocupacional, intereses y meta ocupacional del paciente. La misma es llevada a cabo por un terapeuta ocupacional experto en el tema.

En el programa de rehabilitación laboral se observa una importante limitación en la inserción laboral de personas con secuela de daño cerebral adquirido ya que requieren entrenamiento específico teniendo en cuenta que las dificultades cognitivas, emocionales y conductuales son las que impactan en la inserción laboral exitosa.

En la Argentina la mayoría de experiencias en programas reportadas de rehabilitación laboral están enfocados en el área

de salud mental (DGSM, 2017) donde las problemáticas y las oportunidades son diferentes a aquellas asociadas a las lesiones cerebrales adquiridas. Por lo general estos programas están desarrollados para personas con afecciones desde el nacimiento donde los procesos de aprestamiento están desarrollados de forma paralela a programas educativos o incluidos en tales. También se observa mayor recurso comunitario y variedad de puestos de aprestamiento en esta población de pacientes. Estos programas laborales reciben soporte o financiamiento del estado o diferentes organizaciones no gubernamentales.

Teniendo en cuenta que la gran parte de la población de adultos con lesión cerebral adquirida no logran incorporarse a este tipo de programas de entrenamiento consideramos importante que dentro de los planes de rehabilitación integral se incluya un programa de entrenamiento laboral específicamente diseñado para la población adulta con lesión cerebral adquirida que contemple la posibilidad de entrenar puestos que simulen tareas específicas con una carga horaria determinada, realizando un entrenamiento específico para favorecer la autoconciencia y evaluar el desempeño real durante la actividad.

De esta necesidad es que surge el PELA, el cual tiene como objetivo brindar la experiencia de una simulación de puesto de trabajo de oficina para fomentar la toma de conciencia y la implementación de estrategias durante la práctica real de una actividad productiva.

El objetivo del presente estudio consiste en describir el PELA que se desarrolla desde el 2015 en pacientes adultos con daño cerebral adquirido en el Centro de Rehabilitación del Instituto Fleni, Buenos Aires, Argentina, y reportar un caso clínico.

## Método

### Descripción del Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo (PELA)

El programa incluye el ingreso de pacientes con secuela de ACV (accidente cerebro vascular) y/o TEC (traumatismo encefalo craneano) que fueron atendidos en modalidad de internación u hospital de día en el centro de rehabilitación neurológica del Instituto Fleni de Escobar, Buenos Aires, Argentina. Los pacientes que cumplen con los criterios de admisión del PELA son incluidos en el mismo.

El PELA consta de 20 hs de entrenamiento laboral. La frecuencia y distribución horaria se acuerda con el participante según disponibilidad. Los participantes del PELA, firman consentimiento de participación donde se detalla objetivo, duración y frecuencia del mismo.

Este es un espacio donde el participante tiene la oportunidad de realizar diferentes actividades similares a aquellas de un

empleo real o partes de un empleo. El programa se desarrolla dentro del Servicio de Terapia Ocupacional. Las tareas se encuentran niveladas en dificultad creciente. Cada tarea tiene consignado un modo de realización, un resultado final esperado y estándares de tiempo. Las tareas se asemejan a aquellas de un puesto administrativo o secretariado. El participante tiene un horario que cumplir, un uniforme que vestir con cartel identificatorio. El terapeuta define las tareas y el nivel de dificultad de las mismas según lo observado en las evaluaciones de inicio y establece un modo de supervisión que puede ser directa total (directa durante todo el tiempo, requiere una persona que lo supervise constantemente), directa intermitente (requiere más de 2 indicaciones que dirigen al paciente a iniciar, continuar o completar la tarea pero dichas indicaciones no guían al paciente a lo largo de toda la tarea, el supervisor no puede alejarse más de 15 minutos) o indirecta (puede requerir uno o dos indicaciones para dirigir a la persona a iniciar, continuar o completar la tarea, el supervisor puede estar ausente por períodos de una hora). Todo el equipo de Terapia Ocupacional y otros profesionales de la Institución conocen el programa y son informados al momento de inicio de un nuevo participante. Esto permite trabajar habilidades psicosociales, relaciones interpersonales, y conductas laborales.

Al inicio del programa se simula un contrato laboral, se explican las tareas generales, los derechos y obligaciones, las pautas que debe cumplir y se presenta el participante al grupo. Se entrega el uniforme y tarjeta identificatoria. Teniendo en cuenta que son tareas nuevas se toman 2 días de adaptación a los requerimientos del puesto y se evalúa el desempeño real al día 3, y al final. Para tal fin se diseñó una evaluación propia en el servicio. La misma consta de 4 áreas/dominios: 1) Habilidades de Comunicación e Interacción, 2) Habilidades de Procesamiento, 3) Habilidades Motoras y 4) Conducta Laboral. Cada área tiene 4 o 5 sub-ítems. El puntaje para cada sub-ítem va de 1 a 4, siendo 4 desempeño competente, 3 desempeño cuestionable, 2 desempeño inefectivo y 1 déficit. Es una evaluación observacional, cada ítem tiene su definición y lo esperable para cada puntaje.

Las tareas se clasifican en estructuradas y espontáneas. Las primeras son aquellas que tienen un modo de realización específico el cual es explicado al participante previamente. Algunos ejemplos de estas tareas son: armado de bases de datos en PC, digitalización de una libreta telefónica, armado del inventario de una biblioteca, actualización de un fichero, orden y limpieza de placares. Las tareas espontáneas se refieren a tareas que surgen de imprevisto como contestar el teléfono, interactuar con colegas, responder a un requerimiento espontáneo de un colega. Estas últimas tareas permiten valorar y entrenar otras habilidades como flexibilidad, habilidades sociales, resolución de problemas y atención, entre otras.

El objetivo del PELA es valorar y entrenar habilidades de desempeño laborales en la simulación de un puesto de trabajo

administrativo permitiendo de esta forma describir fortalezas y limitaciones del participante, entrenar el reconocimiento de desempeño, habilidades sociales y conducta laboral. Al finalizar el programa se espera obtener un perfil de desempeño laboral que permita al terapeuta definir requerimientos específicos para una colocación exitosa.

#### a. Criterios de inclusión.

- Mayores de 18 y menores de 55 años.
- Participación en un programa de rehabilitación integral de Fleni en modalidad de hospital de día o internación.
- Movilidad independiente, puntaje  $\geq 6$  en el sub-ítem movilidad de la escala Functional Independence Measure (FIM).
- Conocimiento básico de uso de PC (Word, Excel, Internet).
- 12 años completos de educación formal.
- Mínimas habilidades de comunicación, puntaje  $\geq 5$  el sub-ítem comprensión y expresión del FIM.
- Consentimiento firmado para la participación en el programa de entrenamiento laboral y posterior publicación.

**b- Criterios de exclusión:** dependiente en la movilidad, descompensación clínica, crisis convulsivas hasta 24 hs antes de la inclusión, comorbilidades previas a la lesión cerebral (enfermedades psiquiátricas mayores, etilismo crónico, abuso de sustancias).

#### c- Herramientas

##### *Evaluación Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo (PELA)*

Es una planilla de valoración confeccionada específicamente para este programa en el Servicio de Terapia Ocupacional, programa de rehabilitación laboral, basada en el tipo de evaluaciones del modelo de la ocupación humana de Kielhofner (Kielhofner, 2004). Consta de una versión para el evaluador y otra para el paciente. Ésta última permite poder evaluar el nivel de conciencia o automonitoreo del desempeño del paciente. Describe 4 niveles de desempeño: competente (4), cuestionable (3), inefectivo (2) y déficit (1) para diferentes destrezas de ejecución: habilidades de comunicación e interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y conducta laboral. A su vez, cada habilidad tiene un conjunto de acciones que la integran/definen.

Competente: desempeño competente que apoya el funcionamiento ocupacional y conduce a resultados positivos. El terapeuta no observa evidencia de un déficit en el desempeño ocupacional.

Cuestionable: desempeño cuestionable que pone en riesgo el funcionamiento ocupacional y conduce a resultados incier-

tos. El terapeuta se cuestiona en torno a un posible déficit en el desempeño ocupacional.

**Inefectivo:** desempeño poco efectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional que conduce a resultados no deseables. El terapeuta observa un déficit de bajo perfil a moderado en el desempeño ocupacional.

**Déficit:** desempeño deficiente que impide el funcionamiento ocupacional y conduce a resultados inaceptables. El terapeuta observa un severo déficit en el desempeño ocupacional.

**Habilidades de comunicación e interacción:** habilidades no verbales, conversación, expresión verbal, relaciones.

**Habilidades de procesamiento:** conocimiento, planificación, organización, resolución de problemas.

**Habilidades motoras:** postura y movilidad, coordinación, fuerza, energía.

**Conducta laboral:** ritmo, persistencia en la tarea, organización general, prolijidad y presencia, manejo del tiempo.

### **Cuestionario de evaluación de la tarea (motivación intrínseca)**

El Cuestionario de Motivación Intrínseca (CMI) es un recurso de medida multidimensional que intenta evaluar la experiencia subjetiva del participante relacionado a una actividad específica en experimentos de laboratorio. Fue utilizada en varios experimentos relacionados a motivación intrínseca y auto-regulación. (Cancelliere *et al.*, 2014). Para este programa hemos traducido una versión de 22 puntos que fue utilizada en varios estudios. Tiene 4 subescalas: interés / disfrute, elección percibida, competencia percibida y presión / tensión. Esta versión se titula Cuestionario de Evaluación de la Tarea. La persona tiene 22 frases que debe puntuar con una escala de 1 (por nada cierto) a 7 (totalmente cierto).

### **Reconocimiento del déficit**

Se utiliza el modelo basado en el marco de abordaje multicontextual desarrollado por Joan Pascale Togli, y colaboradores (2009). Se implementa la evaluación de reconocimiento del déficit de antes y después de la tarea. El paciente administra la evaluación del PELA al inicio, y al finalizar el programa. El puntaje obtenido será comparado con el puntaje asignado por el profesional a cargo y de esta forma se evaluará la autoconciencia.

### **Descripción del caso clínico**

Se presenta el caso de una mujer de 30 años (SR), procedente de la ciudad de Escobar, empleada administrativa en una clínica privada. Fue llevada al servicio de Urgencias del Hospital de Escobar el 25/06/2016 por presentar parestesias y

debilidad muscular en hemicuerpo derecho, y alteraciones en el lenguaje. En la valoración inicial se diagnosticó como una paciente en buenas condiciones generales, con afasia y hemiparesia severa en el hemicuerpo derecho. Se le realizó una tomografía axial computadorizada de cráneo simple y una angiografía digital que evidenció lesiones hemorrágicas secundarias a una malformación arteriovenosa. La paciente permaneció aproximadamente 23 días en terapia intensiva, y luego de varias complicaciones clínicas y completar 60 días de rehabilitación en modalidad internación en otro centro, ingresa a nuestra institución el 15/02/2017 con el objetivo de completar un módulo de 3 meses de rehabilitación neurológica en modalidad hospital de día, realizando 5 hs de terapias por día que incluyen Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Rehabilitación Cognitiva y Psicología durante 6 meses. En la evaluación de admisión, se observó una paciente con una hemiparesia desproporcionada severa del hemicuerpo derecho, a predominio braquial, y paresia moderada crural, con caída del antepié. Realiza marcha con valva y bastón. En la evaluación del lenguaje, se evidenció la presencia de una afasia no fluente, con buen nivel en comprensión, con un lenguaje espontáneo limitado a su nombre y verbalizaciones de tipo "sí/no", logrando escritura a la copia inmediata. Desde el punto de vista conductual, evidenció un perfil de impulsividad y rigidez del pensamiento.

Al inicio del PELA, la Sra SR era independiente en las AVD, presentaba según la FIM un valor de 109/126 y un Barthel de 90/100. Marchaba en forma independiente, utilizando valva en el miembro inferior derecho (MID). Tenía un FAC (funcional assessment questionnaire) de 4/5 y una Berg Balance de 48/56, Fugl Meyer MID 14/34 (control motor de sinergia flexora y extensora débiles), miembro superior derecho (MSD) 4/66 (sin control voluntario). Presentaba un cuadro de afasia verbal no fluente, afasia de Brocca asociado a un cuadro de Apraxia del Habla. La comprensión era buena en contexto. Lograba escritura a la copia. Bedside de Lenguaje 24/25; Coeficiente de Afasia 77.9/100; Lectura y Escritura 12.5/20. Atención y concentración adecuadas, leves dificultades en memoria asociadas al déficit de lenguaje y presentaba dificultades en las funciones ejecutivas; Cognitive Linguistic Quick Test (CLQT) 3.6 (normal), Mini-Mental State Examination (MMSE) 26/30 (déficit).

El entrenamiento laboral de la Sra. SR se desarrolló con una frecuencia de 2 veces por semana, 1 hora y media cada día de concurrencia. Las tareas que realizó fueron las siguientes:

- Carga de datos en planilla digital. Recibir planillas impresas, armar una planilla en Excel con variables dadas, guardarla en la PC, completarla y al finalizar ordenarla alfabéticamente.
- Actualización de material del fichero. Revisar el fichero que se encuentra en el gimnasio. Identificar copias faltan-

tes en folios. Hacer una lista de las mismas. Solicitar a la TO a cargo la impresión de las mismas. Buscarlas por donde ella indique. Guardarlas donde corresponde.

- Orden y limpieza de placares. Retirar el material del estante, pasar un trapo húmedo y volver a colocar las cosas como estaban.
- Uso de fotocopidora. Buscar material para fotocopiar, ir hasta el sector donde se encuentra la máquina, hacer las copias indicadas, entregarlas a la TO a cargo.
- Modificación de archivos de Word. Actualizar encabezados y pies de página de diferentes archivos con logo nuevo y fecha de actualización.
- Estar disponible para cualquier eventualidad/ pedido que pueda realizar un compañero. Como por ejemplo atender el teléfono, alcanzar material del placard, buscar copias en impresoras, ir hasta el kiosco y hacer alguna compra.

Inicia el programa con supervisión directa intermitente. Se plantea 2 días de inducción a las diferentes actividades.

Se comparó el desempeño al inicio y luego de finalizar el programa con la evaluación PELA.

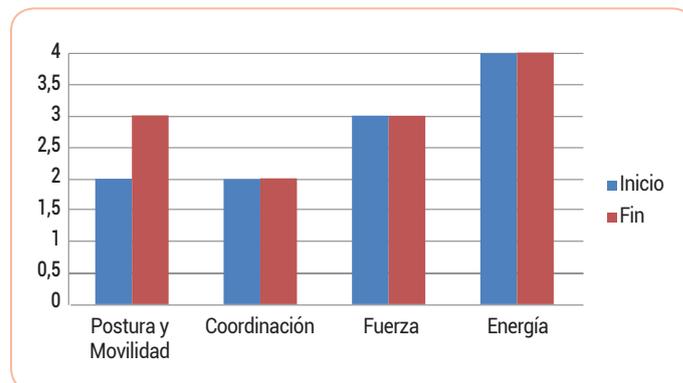
Con respecto a las habilidades de comunicación e interacción, se observó que al inicio la paciente SR presentó un lenguaje no verbal y se mostró competente en las relaciones con terceros. Logró mantener relación con los otros, mostrándose sociable, consciente de los demás, con un lenguaje corporal apropiado. Desde un punto de vista cualitativo, la mayor dificultad se encontró en la expresión verbal siendo la misma cuestionable, mostrando habilidad relativa para intercambiar información eficientemente. Al finalizar el programa mantuvo el mismo puntaje mostrando fortaleza en las habilidades no verbales y de relación con otros y una clara disminución en lo que refiere a la expresión verbal debido a su secuela.

En la evaluación de las habilidades del procesamiento, durante todo el programa presentó habilidades competentes mostrando buen conocimiento, planificación y organización. Logró aprender rápidamente tareas nuevas. A la hora de presentarse un problema logró solucionarlo o pedir la ayuda necesaria para resolver el mismo.

En la evaluación de las habilidades motoras, en la cual se contempla la destreza de ejecución en las distintas tareas, fue evidente al inicio del programa un desempeño cuestionable, en aquellas tareas que requerían una determinada postura y movilidad, y/o fuerza; un desempeño deficitario cuando requería coordinación motora debido a su hemiparesia pero logrando completar todas las tareas en forma unimanual; y finalmente se mostró competente con respecto a la energía en cada una de las tareas. Al finalizar el programa se evidenció únicamente mejoría en las tareas que requerían una determinada postura

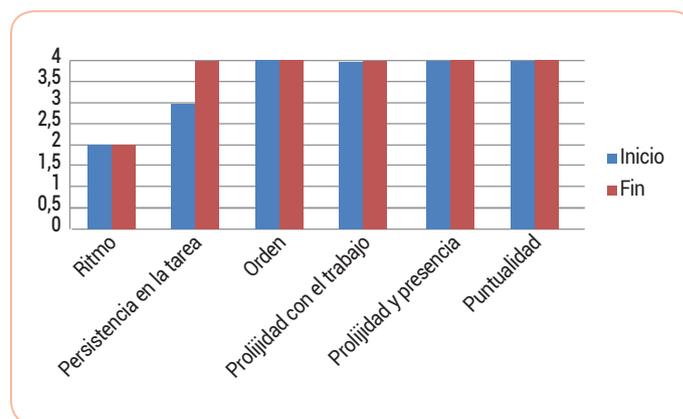
y movilidad, evidenciándose una mejoría en la marcha, mostrándose más segura en su movilidad general. Ver figura 1.

Figura 1. Habilidades Motoras



Con respecto a la conducta laboral, durante todo el programa la participante mostró orden, prolijidad con el trabajo, prolijidad y presencia, y puntualidad. Desde un punto de vista cualitativo, el ritmo de trabajo se interpretó como disminuido pero siempre constante. La característica que mostró mejoría al finalizar el programa fue el de persistencia en la tarea, logrando insistencia en el logro de un objetivo. Ver figura 2.

Figura 2. Conducta laboral



En relación a la motivación observada durante todo el programa, medida por el Cuestionario de Motivación Intrínseca (CMI), la participante mostró puntaje máximo en las sub-escalas de interés (49/49), percepción de competencia (35/35), percepción de elección (35/35) y puntaje bajo en presión (7/35).

En relación al reconocimiento del déficit, no hubo diferencias entre la puntuación del participante y el terapeuta evidenciándose un adecuado reconocimiento del déficit por parte del participante.

Hacia el final del programa la supervisión requerida fue indirecta.

En resumen, la Sra. SR mostró fortalezas principalmente en sus habilidades de procesamiento, en todo lo relativo a la comunicación no verbal y en su conducta laboral. Siempre se mostró

entusiasmada con la tarea, con buena capacidad para aprender tareas novedosas. Frente a las dificultades que se presentaban producto de su secuela neurológica (afasia, hemiparesia) siempre encontró la forma de que las mismas no limiten por completo su desempeño sino que incorporó todas las estrategias compensatorias trabajadas durante su tratamiento logrando así desempeñar con éxito las tareas planteadas.

## Resultados

El programa de entrenamiento laboral administrativo PELA es una buena herramienta para evaluar y entrenar destrezas ocupacionales y habilidades laborales. Los participantes tienen la posibilidad de salir del rol de pacientes y posicionarse en un rol productivo. Por otro lado, permite a la persona experimentar en un entorno de entrenamiento adaptado las dificultades posibles a la hora de realizar una actividad laboral, desarrollar estrategias y favorecer la toma de conciencia de la situación actual.

Las personas con daño cerebral adquirido, requieren mayor tiempo de ejecución, adaptación de la tarea e incorporación de estrategias (Wehman *et al.*, 1993). La posibilidad de experimentar la incorporación de estas estrategias en la simulación de un puesto laboral permite fortalecer las habilidades y comprender que la implementación de las mismas habilitan a un desempeño eficiente.

El programa le permite al profesional interviniente en la rehabilitación acceder a un perfil laboral del participante, evidenciando fortalezas, debilidades y tipo de ayudas necesarias para facilitar una adecuada futura colocación laboral.

Durante la participación del PELA los familiares del participante lograron dejar de ver al participante como un paciente que necesita ayuda y les permitió verlo en un rol productivo.

El PELA, le permite al participante experimentar una primera de simulación laboral post lesión cerebral favoreciendo la percepción sobre sus capacidades en relación a tareas laborales, reconocer su nivel de productividad así también como un incremento de la autoconciencia y la necesidad de incorporar estrategias.

## Discusión

Se pudo observar dentro de las limitaciones de la implementación del PELA que al desarrollarse en un centro de rehabilitación, el contexto es un entorno que está adaptado, acostumbrado a interactuar con personas con discapacidad, lo que hace que el trato hacia los participantes no sea exactamente como el que podría recibir fuera de una institución de rehabilitación integral. Esto es una barrera dentro de lo que son las habilidades sociales. Para salvar esta dificultad una vez que el participante al PELA es admitido se dan lineamientos a los profesionales de la institución.

Otra de las desventajas del PELA es la limitación en la cantidad de puestos posibles a entrenar. La duración del entrenamiento es acotado a un tiempo lo que no permite valorar conductas laborales a largo plazo que según lo reportado en diferentes trabajos de investigación, una de las dificultades de los pacientes con injuria cerebral adquirida es sostener un trabajo en el tiempo.

Se plantea para futuros trabajos de investigación aumentar el número de participantes en el programa y poder realizar un seguimiento sobre la reinserción laboral de los participantes.

## Conclusiones

La incorporación del PELA dentro de una unidad de rehabilitación brinda la posibilidad de abordar en estadios tempranos del proceso de rehabilitación la problemática de la reinserción laboral.

Contar con un programa específico de evaluación y entrenamiento brinda herramientas específicas para el proceso de reinserción laboral.

Permite al participante conocer su nivel de desempeño y da una primera experiencia laboral simulada luego de una lesión cerebral adquirida.

## Agradecimientos

Queremos agradecer al equipo de Terapia Ocupacional de Fle- ni que colaboró en la ejecución del programa, a los pacientes que participaron del mismo y al equipo médico por la derivación de pacientes. ●

[Recibido: 13/04/2021 - Aprobado: 09/11/2021]

## Referencias

- Ben-Yishay, Y. y Lakin, P. (1998). *Structured group treatment for brain injury survivors*. Ed. Ellis D. W., & Christensen.
- Brooks, N., McKinlay, W., Symington, C., Beattie, A. y Campsie, L. (1987). Return to work within the first seven years of severe head injury. *Brain Injury*, 1(1): 5-19.
- Cancelliere, C., Kristman, V.L., Cassidy, J.D., Hincapié, C.A., Côté, P., Boyle, E., Carrol, L., Stålnacke B., Bousard C., Borg J. (2014). Systematic review of return to work after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Arch Phys Med Rehabil.*, 95(3 Suppl):S201-9.
- Ciampa, A., Lischinsky, A., Torralva, T., Manes, F., Camino, J. (2016). Specific work integration program with a patient with traumatic brain injury. ResearchGate <https://www.researchgate.net/publication/301528755>
- Corrigan, J.D., Bogner, J.A., Mysiw, W.J., Clinchot, D. y Fugate, L. (2001). Life satisfaction after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*; 16:543-55.

- Corso, P., Finkelstein, E., Miller, T., Fiebelkorn, I. y Zaloshnja, E. (2015). Incidence and lifetime costs of injuries in the United States. *Brain Injury*, 21(6):434-40.
- Donker-Cools, B.H., Daams, J.G., Wind, H. y Frings-Dresen, M.H. (2016). Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury*, 30(2):113-31.
- Greenspan, A.L., Wrigley, J.M., Kresnow, M., Branche-Dorsey, C.M. y Fine, P.R. (1996). Factors influencing failure to return to work due to traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10 (3): 207-218.
- Kielhofner, G. (2004). *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. Editorial Médica Panamericana.
- Montero Gomez, C. (2003). *Estrategias para facilitar la inserción laboral a personas con discapacidad*. Editorial EUNED.
- Radford, K., Phillips, J., Drummond, A., Sach, T., Walker, M., Tyerman, A., Haboubi N., Jones T. (2013). Return to work after traumatic brain injury: cohort comparison and economic evaluation. *Brain Injury*, 27 (5): 07-520.
- Resolución 2574 de 2017 [Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires] "Programa de Empleo con Apoyo en Salud Mental". 24 de noviembre de 2017. Boletín N° 5261, <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSGC-MSGC-2574-17-ANX.pdf>
- Shames, J., Treger, I., Ring, H. y Giaquinto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury: trends and challenges. *Disabil Rehabil*, 29(17):1387-1395.
- Sherer, M., Bergloff, P., Levin, E., High Jr W M., Oden K E, Nick T G (1998). Impaired awareness and employment outcome after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 13(5):52-61.
- Stergiou-Kita, M. y Rappolt, S. (2012). Towards developing a guideline for vocational evaluation, following traumatic brain Injury: the qualitative synthesis of clients' perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 34(3): 1179-188.
- Toglia J. (2009). *Evaluation and Intervention for Cognitive Perceptual Impairments*. En E. B. Crepeau, B. Schell, E. Cohn (Ed) *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (11 ed., pp. 739-777). Lippincott Williams & Wilkins
- Trygged, S., Ahacic, K. y Kåreholt, I. (2011). Income and education as predictors of return to working life among younger stroke patients. *BMC Public Health*, 11:742.
- Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C. A., Edelaar, M.J., Sluiter, J.K. y Frings-Dresen, M.H. (2009a) Prognostic factors of return to work after acquired brain injury: a systematic review. *Brain Injury*, 23 (5): 85-395.
- Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C.A., Edelaar, M.J., Sluiter, J.K. y Frings-Dresen, M.H. (2009b) How many people return to work after acquired brain injury? A systematic review. *Brain Injury*, 23 (6): 73-488.
- Walker, W.C., Marwitz, J.H., Kreutzer, J.S., Hart, T. y Novack, T.A. (2006). Occupational categories and return to work after traumatic brain injury: a multicenter study. *Arch Phys Med Rehabil*, 87 (12): 1576-1582.
- Wehman, P., Kregel, J., Sherron, P., Nguyen, S., Kreutzer, J., Fry, R., Zasler N, (1993) Critical factors associated with the successful supported employment placement of patients with severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 7 (1): 31-44.
- Wehman, P., Targett, P., West, M. y Kregel, J.(2005). Productive work and employment for persons with traumatic brain Injury: what have we learned after 20 years?. *J Head Trauma Rehabil*, 20 (2): 15-27.
- World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.

**Cómo citar este artículo:**

Isabel Aranguren, I., Ron, M., Saenz Rozas, M.T. y Russo, M.J. (2021). "Programa de Entrenamiento Laboral Administrativo": intervención en un paciente con Lesión Cerebral Adquirida. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(2), 64-71.