

LA INTEGRACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS: RETOS Y DIFICULTADES

Juan Manuel Muñoz Céspedes

Sara Fernández Guinea

Manuel Gancedo Rojí

Angel RuanoHernández

Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN

El crecimiento paralelo del parque automovilístico y de los accidentes de tráfico en nuestro país durante los últimos 20 años ha incrementado la incidencia de los traumatismos craneoencefálicos (en adelante T.C.E.), hasta el punto de constituir una de las primeras causas generadoras de discapacidad en la población joven. Se comprende así la magnitud del problema sanitario y social que las lesiones cerebrales traumáticas representan, bien de forma directa (tratamiento y rehabilitación de los pacientes), o bien de un modo indirecto (pérdida de expectativas y calidad de vida, notable alteración de los roles en el medio familiar, disminución del rendimiento académico o de la capacidad productiva, pensiones de invalidez o viudedad, etc.).

Como consecuencia del T.C.E. las personas sufren importantes secuelas motoras, cognitivas, conductuales, emocionales, familiares y sociales, que afectan al funcionamiento diario de estas personas y que dificultan una integración laboral satisfactoria.

Una primera categoría de secuelas hace referencia a la movilidad funcional. Las lesiones graves suelen producir síndromes complejos de deficiencias neurológicas que incluyen problemas motóricos de espasticidad, falta de coordinación, rigidez, lentitud, dificultad para la iniciación del movimiento, perseveración, problemas de equilibrio, temblor persistente, etc.

Una segunda categoría de secuelas es la que hace referencia a las discapacidades derivadas de los déficit cognitivos e intelectuales. La mayoría de estos pacientes presentan dificultades para aprender nuevas actividades, tienen problemas de memoria, una velocidad de procesamiento de la información reducida, muestran una pobre capacidad a la hora de planificar y estructurar las actividades que van a realizar y un deterioro en los procesos más complejos de razonamiento. Se incluye también aquí la pérdida de habilidades visuoespaciales, de modo que la persona afectada tienen dificultades a la hora de orientarse en espacios nuevos y tiende a perderse.

En tercer lugar debemos hacer mención a los problemas de lenguaje y comunicación. Aunque las formas clásicas de afasia son poco frecuentes después de un T.C.E., estos pacientes suelen mostrar trastornos del lenguaje tales como una disminución de la fluidez verbal, un lenguaje más pobre y repetitivo, dificultades para mantener el curso de la conversación, un habla excesiva y escasas habilidades para respetar los turnos conversacionales.

Por último, otra categoría de las secuelas del traumatismo craneoencefálico hace referencia a los cambios de conducta y de personalidad. Problemas tales como la irritabilidad y los cambios bruscos de carácter, la presencia de un comportamiento desinhibido y socialmente inapropiado, la apatía y falta de motivación, etc. constituyen algunos de los problemas más comunes, persistentes, difíciles de tratar y, en muchas ocasiones, son los principales obstáculos para la integración de estas personas en su círculo familiar, social y laboral.

Para valorar la situación definitiva de los pacientes en los diferentes estudios de seguimiento se han empleado, de modo general, diferentes escalas de pronóstico; sin duda la más conocida es la escala de pronóstico de Glasgow «Glasgow Outcome Scale» de Jennet y Bond (1975). Sin embargo, algunos autores como Groswasser (1991) han defendido que el criterio más ecológico del éxito de la rehabilitación y de la reintegración social es la situación laboral del paciente.

En este sentido hay que reconocer que la incapacidad para regresar a una actividad laboral productiva puede ocasionar una importante pérdida de poder adquisitivo y una dependencia económica a largo plazo de los familiares. Pero la vuelta al trabajo no debe plantearse estrictamente como una cuestión económica. El trabajo proporciona una estructura básica para la conducta social y determina de modo significativo el nivel de autoestima, el estatus e influencia entre los miembros del grupo y las posibilidades de promoción personal. Por todo ello la reintegración laboral constituye un criterio excelente para valorar el nivel de recuperación integral alcanzado por las personas con daño cerebral.

T.C.E Y ACTIVIDAD LABORAL

Los estudios que han analizado la proporción de personas con daño cerebral traumático que consiguen un empleo ofrecen resultados muy discrepantes. Así, Kay, Ezrachi y Cavallo (1988) llevaron a cabo un estudio de revisión de 37 investigaciones realizadas en el período 1945-1985 donde se examinaba el retorno al trabajo de las personas con T.C.E. Las cifras ofrecidas en estos estudios oscilaban entre el 20 y el 80% de personas que volvían a una actividad laboral productiva. Y en sus conclusiones destacaron que la mayoría de los estudios realizados se caracterizaban por insuficiencias metodológicas que dificultaban la obtención de unas conclusiones definitivas:

- las muestras eran pequeñas y poco representativas.
- no se especificaba la gravedad de las lesiones.
- no se señalaba el tiempo transcurrido desde el accidente.
- no se indicaba si el regreso al trabajo era en jornada completa o parcial, si se trataba de empleo competitivo o protegido, etc.

A pesar de estas diferencias tan extremas, algunas de las revisiones más rigurosas (McMordle, Barker y Paolo, 1989; Wehman, Sale y Parent, 1992,) han encontrado que la vuelta al trabajo por parte de personas que precisaron rehabilitación no supera el 50%, cifras que se reducen hasta el 30% en el caso de personas con traumatismos graves. Se destaca además que, entre los individuos que consiguen retornar al trabajo,

las dificultades para mantenerlo son importantes y entre un 25-35% de los mismos no continúan en el puesto de trabajo seis meses después de su incorporación (Greenspan, Wrigley, Kresnow, Branche-Dorsey y Fine, 1996).

FACTORES DE PRONÓSTICO RELACIONADOS CON LA VUELTA AL TRABAJO

Los programas más recientes de readaptación profesional para personas con T.C.E. (Wehman, Kregel, West y Cifu, 1994; Dikmen, Temkin, Machamer, Holubkov, Fraser y Winn, 1994) han identificado los principales factores relacionados con la vuelta al trabajo y la duración del desempleo después de la lesión cerebral. Entre ellos podemos citar: la edad de la persona lesionada, el estatus laboral previo, la severidad de la lesión, el grado de deterioro cognitivo resultante, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, la conciencia de las limitaciones y la presencia de múltiples traumatismos. Sin embargo, todos estos factores solo predicen un tercio de la varianza total, por lo que resulta complejo hacer una predicción precisa para cada caso particular.

Hay también otros factores positivos y negativos que influyen para que un individuo con T.C.E. severo o moderado alcance un empleo estable (Haffey y Abrams, 1991; Ponsford, Olver, Curran y Ng, 1995):

-- Entre los factores positivos podemos incluir el apoyo de la empresa, el disponer de servicios de orientación e integración laboral, la posibilidad de realizar determinadas adaptaciones al puesto de trabajo, la realización de modificaciones en las tareas a desempeñar por el accidentado y la presencia de un elevado nivel de motivación y adaptabilidad por parte de la persona lesionada.

-- Las influencias negativas son la escasa flexibilidad de la empresa, la presencia de enfermedades psiquiátricas, el abuso de sustancias, la presencia de problemas conductuales e interpersonales y la disponibilidad de otros medios de financiación como prestaciones económicas personales, indemnizaciones o los ingresos por parte del cónyuge.

FASES Y TIPOS DE REHABILITACIÓN LABORAL

No es posible revisar aquí los diversos modelos de rehabilitación vocacional y las diferentes opciones de empleo para las personas con discapacidad. Si se puede señalar, no obstante, que los programas que se aplican normalmente a las personas con lesiones cerebrales traumáticas consideran la rehabilitación laboral como un proceso secuencial con una serie de etapas esenciales entre las que cabe destacar:

1. Evaluación inicial (neuropsicológica y ocupacional).
2. Rehabilitación neuropsicológica, entrenamiento en habilidades interpersonales y prelaborales.
3. Orientación laboral y búsqueda de empleo.
4. Entrenamiento específico del empleo en el propio lugar de trabajo.

5. Seguimiento.

En relación con los T.C.E se ha prestado mucha atención en los últimos años a la aplicación del modelo de empleo con apoyo (Wehman, Kreutzer et al 1990) desarrollado originariamente para personas con retraso mental y que permite entrenar y apoyar las habilidades laborales en el propio lugar del trabajo de forma intensiva. Sin embargo el modelo más extendido, al menos en nuestro medio, es el derivado de los programas de retorno al trabajo de Abrams, Barker, Haffey y Nelson (1993) que pone el énfasis en los procesos de evaluación cuidadosa de las habilidades conservadas y el análisis minucioso de las tareas que implica el puesto de trabajo, pero que ofrece un menor apoyo y seguimiento posterior en el lugar del trabajo.

EL SERVICIO DE INTEGRACIÓN LABORAL (S.I.L.) Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO

Los servicios de integración laboral surgen como servicios especializados constituidos como equipos interdisciplinarios que tienen como objetivo garantizar el acceso al mundo de la formación y del trabajo de las personas con discapacidad, buscando las vías y las soluciones para conseguir el cumplimiento de las medidas establecidas en la Ley de Integración Social de Minusválidos.

El Servicio de Integración Laboral de Madrid surge dentro de la iniciativa comunitaria HORIZON y recibe además financiación por parte de la Comunidad Autónoma de Madrid.

El trabajo general que se realiza puede resumirse en las siguientes acciones:

PRINCIPALES ACCIONES DEL S.I.L.

- Análisis del mercado de trabajo.
- Captación, valoración ocupacional y laboral de las personas con discapacidad.
- Establecimiento de programas individuales de empleo y formación.
- Desarrollo de los aspectos personales para la ocupación.
- Información profesional para el empleo.
- Asesoramiento legal para el autoempleo u otro tipo de iniciativas empresariales.
- Definición y valoración de los puestos de trabajo.
- Preselección de los candidatos.
- Seguimiento durante todo el proceso de inserción y/o formación.

Pero en la presente comunicación se van a comentar exclusivamente la investigación que se ha realizado durante 1996 con un grupo de 18 T.C.E. que acudieron a nuestro servicio en demanda de formación y/o empleo. Aún cuando puede parecer que se trata

de una muestra pequeña hay que tener en cuenta que no se trata de una muestra clínica sino que el S.I.L. pretende constituir la última fase de un proceso de rehabilitación integral, a la que desgraciadamente no todos los afectados pueden llegar.

Objetivos:

- Evaluar las secuelas neuropsicológicas, funcionales y psicosociales y su relevancia para la realización de una actividad laboral productiva.
- Informar, aconsejar y formar a los pacientes con daño cerebral traumático para incrementar sus competencias y posibilidades laborales.
- Integrar y seguir a los pacientes con T.C.E. en un proyecto profesional individual de modo que puedan ser acompañados hasta su inserción laboral.

Procedencia de los usuarios:

- a) Diferentes Centro Base del Insero/Comunidad Autónoma.
- b) Asociación de Pacientes y Familiares de Daño Cerebral Sobvenido (APANEFA).
- c) Centro de Rehabilitación FREMAP (Majadahonda).

Descripción de la muestra:

N = 18

EDAD M= 28.15 D.T.= 7.18

SEXO ? =15 /= 3

SEVERIDAD DE Graves = 13 (72.25%)

LAS LESIONES Moderados = 3 (16.60%)

Leves = 2 (11.15%)

NIVEL EDUCATIVO Certificado escolar = 3 (16.60%)

Graduado escolar = 4 (22.25%)

Formación Profesional = 4 (22.25%)

BUP/COU= 4 (22.25%)

Diplomatura = 1 (5.50%)

Licenciatura = 2 (11.15%)

Valoración de los usuarios:

Se realizó mediante la aplicación de entrevistas ocupacionales a los candidatos y sus familiares, con el objeto de analizar la correspondencia entre ambas fuentes de información. Ello es imprescindible en la evaluación de las personas con T.C.E. pues en muchos casos no existe una clara conciencia de las limitaciones existentes. Además era importante conocer la situación legal de los candidatos (tipo de incapacidad profesional, cobro de pensiones no contributivas, etc) ya que gran parte de los pacientes no la conocían con precisión.

Se aplicaron pruebas neuropsicológicas y se valoró asimismo la existencia de problemas emocionales o de relaciones sociales que pudieran dificultar la adaptación a entornos laborales.

En algunos casos se disponía además de informes complementarios proporcionados por los profesionales del INSERSO o del Centro de Rehabilitación FREMAP, aunque sin referencias concretas a las posibilidades de incorporación laboral de los usuarios.

En la tabla anexa se resumen los principales factores que dificultan la integración laboral de las personas con T.C.E. (Muñoz Céspedes, en prensa) y que constituyeron el marco general para la toma de decisiones en relación con la posible vuelta al trabajo.

FACTORES QUE DIFICULTAN LA INTEGRACIÓN LABORAL DE LOS T.C.E.

HABILIDADES DE DESEMPEÑO. Son las que afectan al producto del trabajo y dependen en gran medida de las aptitudes físicas del empleado.

- * Problemas de movilidad y deambulación.
- * Déficit perceptivos visuales y auditivos.
- * Disminución de la prensión o de las habilidades motoras finas.
- * Incapacidad para realizar el trabajo en el tiempo previsto.

HABILIDADES OCUPACIONALES. Engloban un conjunto diverso de actividades comunes a cualquier empleo y que tienen una importancia fundamental para el éxito laboral.

- * Asistencia y puntualidad.

- * Regularidad en el desempeño.
- * Higiene y aseo personal.
- * Cumplimiento de las normas y prácticas de seguridad .

FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL Y COGNITIVO.

- * Atención y concentración disminuida.
- * Adquisición lenta de habilidades.
- * Dificultades de memoria.
- * Problemas de lenguaje.
- * Limitaciones intelectuales.
- * Alteración de las funciones ejecutivas.

Incapacidad para -- priorizar y organizar tareas

-- hacer planes por sí mismo

-- trabajar sin una estructura

-- detectar y corregir errores

HABILIDADES DE INTERACCIÓN. Guardan relación con el mantenimiento de relaciones personales satisfactorias en el entorno laboral.

- * Ayuda a los compañeros.
- * Habilidad social para relacionarse.
- * Aceptar críticas y elogios.
- * Peticiones de cambio de conducta y de solicitud de mejora en el empleo.
- * Expectativas irracionales.

Resultados del proceso de valoración:

Indicadores pronósticos:

Se analizó la correlación entre la severidad inicial de las lesiones -determinada a partir de la puntuación en la escala de coma de Glasgow y la situación laboral. Se obtuvo una correlación $r_{xy} = 0.42$ y $p \leq 0.01$, lo que sugiere que la puntuación inicial en esta escala es un buen indicador pronóstico y debe ser tenida en cuenta para valorar las posibilidades de retorno a una actividad laboral productiva.

Acciones de Formación y Empleo:

FORMACIÓN 6 usuarios Áreas (autoedición, contabilidad, encuadernación y retractilado)

EMPLEO 5 usuarios

-- Mozo almacén.

-- Conductor.

-- Operario taller (2).

-- Técnico informático.

Resultados

Al finalizar el periodo de seguimiento 4 usuarios habían finalizado los cursos de formación y dos abandonaron antes de su conclusión. En uno de los casos el abandono se produjo por problemas en las relaciones interpersonales con dos compañeros y, en el otro, por dificultades para seguir el ritmo general de las clases.

En relación con las personas que se incorporaron a un puesto de trabajo, 3 personas continúan en activo en la actualidad (2 en centros especiales de empleo y 1 en una empresa ordinaria), uno finalizó el contrato y el otro no superó el periodo de prueba. Las razones aducidas por la empresa en este último caso fueron los problemas de memoria, las dificultades para organizarse en el trabajo y un comportamiento «extraño» durante la jornada laboral, con tendencia al aislamiento social.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Los enfoques tradicionales de la rehabilitación no han logrado resolver el problema de las elevadas tasas de incapacidad y de desempleo entre los individuos con un T.C.E. Las nuevas orientaciones deben insistir en un mayor desarrollo de la rehabilitación profesional, en planteamientos más audaces como la puesta en marcha de programas de rehabilitación cognitiva aplicados en el propio entorno laboral, en el desarrollo de una política más activa de empleo protegido y de transición, y en la flexibilización de la política de protección social, de modo que no se penalice la obtención de trabajo por parte de las personas con discapacidad (Ruano, 1995).

No obstante, es preciso reconocer que la integración laboral de las personas con T.C.E. es compleja. En las páginas precedentes se ha puesto de manifiesto que las principales limitaciones de estos individuos para incorporarse con éxito a programas de formación y de adaptación profesional son de carácter neuropsicológico. Las causas de inadaptación laboral en esta población pueden ser múltiples, pero podemos destacar entre las más importantes las siguientes:

- a) Los déficit en los procesos de atención, memoria y funcionamiento ejecutivo.
- b) Los problemas asociados con la falta de motivación y apatía.

c) La reducción de las habilidades sociales (baja tolerancia a la frustración, comportamiento desinhibido e inadecuado al contexto, aislamiento social, etc.).

d) La falta de conciencia de las implicaciones que conllevan sus déficit para la realización del trabajo.

e) Las expectativas poco realistas sobre el tipo de trabajo que pueden realizar, lo que se encuentra estrechamente conectado con el punto anterior.

Por ello, si queremos afianzar el éxito de la rehabilitación laboral de estos individuos no es suficiente entrenar de modo exclusivo las aptitudes (desempeño, intelectuales...) sino que debemos incorporar módulos dedicados a otras habilidades (ocupacionales, de interacción...) en la medida que se han mostrado como elementos esenciales para facilitar no sólo la incorporación al mercado de trabajo sino también el mantenimiento del empleo y la satisfacción personal de los sujetos con un T.C.E. (Muñoz-Céspedes, 1996).

Por último, sólo queda reconocer que los individuos con daño cerebral traumático representan un grupo de población muy complejo y heterogéneo. Por ello tanto la formación como la readaptación profesional han de establecerse mediante una serie de etapas secuenciales, a través de las cuales la persona va progresando de acuerdo con sus capacidades y necesidades específicas. En ocasiones se podrán superar todas las etapas y lograr un puesto de trabajo en el mercado competitivo; en otras, habrá que quedarse en niveles intermedios como puede ser el empleo protegido. Ahora bien, en cualquier caso, la vuelta al trabajo constituye una posibilidad real para muchos de ellos, que debería promoverse más por los profesionales dedicados a la integración laboral de las personas con discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, D., BARKER, L. T., HAFHEY, W. y NELSON, H. (1993). The economics of return to work for survivors of traumatic brain injury: Vocational services are worth the investment. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 8, (4), 59-76.

DIKMEN, S. S., TEMKIN, N. R., MACHAMER, J. E., HOLUBKOV, A. L., FRASER, R. T. y WINN, R. (1994). Employment following traumatic head injuries. *Archives of Neurology*, 51, 177-186.

GREENSPAN, A. I., 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.

GROSSWASSER, Z. (1991). Clinical experience in rehabilitation of traumatic brain injured patients. En A. Molina et al. (Eds.). *Rehabilitation Medicine*. Amsterdam: Elsevier.

HAFHEY, W. J. y ABRAMS, D. L. (1991). Employment outcomes for participants in a brain injury work reentry program: Preliminary findings. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6, (3), 24-34.

JENNET, B. y BOND, M. (1975). Assessment of outcome after severe brain damage. *Lancet*, 1, 480-487.

KAY, T., EZRACHI, O. y CAVALLO, M. (1988). *Annotated bibliography of research on vocational outcome*. New York: New York: New York University Medical Center, Research and Training Center on Head Trauma and Stroke, Publication n°185-1.

MCMORDLE, W., BARKER, S. L. y PAOLO, T. (1989). Return to work after head injury. *Brain Injury*, 4, (1), 57-69.

MUÑOZ CÉSPEDES, J. M. (1996). Daño cerebral postraumático y neuropsicología. En Fundación Mapfre Medicina (Ed.), *Valoración del daño corporal*. Madrid: Mapfre.

MUÑOZ CÉSPEDES, J. M. (en prensa). La valoración de las discapacidades en los traumatismos craneales: un enfoque neuropsicológico. En G. Gómez-Jarabo (Ed.), *Valoración de las discapacidades*. Madrid: Pirámide.

PONSFORD, J. L., OLVER, J. H., CURRAN, C. y Ng, K. (1995). Prediction of employment status two years after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 9, (1), 11-20.

RUANO, A. (1995). Rehabilitación profesional en el trabajo. Ponencia presentada en el seminario. «*La discapacidad en el siglo XXI: El plan de acción: una propuesta de futuro*». Universidad internacional Menéndez pelayo, 4-8 septiembre. Santander.

WEHMAN, P., KREGEL, J., WEST, M. y CIFU, D. (1994). Return to work for patients with traumatic brain injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 73, 280-282.

WEHMAN, P., KREUTZER, J, WEST, M., SHERRON, P., ZASLER, N., GROAH, C., STONNINGTON, H. H., BURNS, C. y SALE, P. (1990). Return to work for persons with traumatic brain injury: A supported employment approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71, 1047-1052.

WEHMAN, P., SALE, P. y PARENT, W. (1992). *Supported employment strategies for integration of workers with disabilities*. Stoneham: Andover Medical Publications.