

## Experiencias y desafíos en rehabilitación cognitiva: ¿Hacia un modelo de intervención contextualizado?

---

Christian Salas <sup>a1</sup>, Maria Teresa Báez <sup>a</sup>, Ana Maria Garreaud <sup>a</sup> & Carolina Daccarett <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Clínica de Neuro-rehabilitación Los Coihues

### Resumen

Debido al aumento de la población de pacientes con Lesión Cerebral Adquirida (LCA), la generación de programas efectivos de Rehabilitación Cognitiva (RC) se ha transformado en una necesidad pública. En nuestro país el desarrollo de esta área de la rehabilitación es reciente y principalmente se ha basado en intervenciones que intentan remediar los déficits cognitivos secuelares. Este abordaje es insuficiente ya que aísla artificialmente la esfera cognitiva, sin considerar los problemas emocionales, conductuales y psicosociales. Emerge así la necesidad de un enfoque comprensivo, que articule estas áreas y genere intervenciones que apunten a las múltiples necesidades de estos pacientes y sus familias. Delineamos en el siguiente artículo la descripción de un Enfoque Contextualizado de trabajo, que no se centra en la reparación exclusiva del déficit, sino también en la optimización funcional de los pacientes en sus actividades cotidianas y en el aumento de la participación social. Describimos los principios que guían este enfoque y los tipos de intervenciones que facilitan el logro de dicho objetivo. Señalamos, por último, las experiencias y dificultades de un equipo de neuro-rehabilitación en la implementación de dicho modelo.

**Palabras Claves:** Rehabilitación Cognitiva, Enfoque Contextualizado, Estrategias de Intervención.

---

<sup>1</sup> Contacto: csalas@loscoihues.cl

“Pero hemos de decir desde el principio que una enfermedad [neurológica] no es nunca una mera pérdida o un mero exceso, que hay siempre una reacción por parte del organismo o individuo afectado, para restaurar, reponer, compensar, y para preservar su identidad, por muy extraños que puedan ser los medios; y una parte esencial de nuestro papel como médicos, tan esencial como estudiar el ataque primario al sistema nervioso, es estudiar esos medios e influir en ellos”

Oliver Sacks,  
*El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*

La rehabilitación de personas con Lesión Cerebral Adquirida (LCA) es un campo que se ha desarrollado científicamente sólo en los últimos cincuenta años. Si bien existen antecedentes históricos de esta práctica en la antigüedad, fue con las guerras mundiales del siglo pasado que emergió sistemáticamente la necesidad de comprender y remediar las extrañas alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales que presentaban los pacientes con daño cerebral (Boake, 1996). En nuestro país, como campo científico, la rehabilitación de LCA posee actualmente un desarrollo incipiente y experimental. Como causas probables de este retraso podemos considerar la ausencia de un modelo integral y las resistencias a abandonar la perspectiva médica predominante del fenómeno, la inexistencia de centros dedicados a la investigación y entrenamiento de profesionales especializados, así como también la falta de políticas públicas que apoyen las múltiples necesidades que estos pacientes y sus familias requieren. En síntesis, podemos afirmar que actualmente existe un desfase entre el “estado del arte” de la neurorrehabilitación de LCA y el crecimiento exponencial de la población que requiere estos servicios, debido a los avances médicos que aumentan la supervivencia (Mateer, 2003). Es desde esta perspectiva que la generación de modelos comprensivos multifactoriales y la creación de intervenciones eficaces emerge como una urgencia profesional, ética y social.

### **Rehabilitación cognitiva: evolución del concepto e implicancias clínicas.**

Utilizar el concepto de Rehabilitación Cognitiva (RC) nos obliga a adentrarnos en una polémica aún no zanjada en la comunidad neuropsicológica respecto al objeto de la RC y a los medios idóneos para abordarlo. Un marco inicial para delimitar la discusión sobre el objeto de la RC, es el ofrecido por la World Health Organization ([WHO], 2002). Allí, se reconocen cuatro niveles a considerar en el trabajo con personas con discapacidad: las alteraciones neuropatofisiológicas, el déficit, las limitaciones funcionales (impairment) y el impacto en la participación social (handicap). Considerando tal clasificación, Wilson (1997) comenta que históricamente la RC fue entendida como la restauración de las funciones cognitivas (atención, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas) alteradas por la LCA,

ubicando el énfasis en reparar el déficit causado por el daño de las estructuras cerebrales. Actualmente perspectivas más progresistas han situado el énfasis no sólo en la restauración del déficit, sino más bien en la disminución de los problemas particulares causados por éste, o funcionalidad (ej. dificultad en recordar nombres de personas, utilizar un computador, planificar las actividades de la vida diaria), y en el impacto que tales alteraciones tienen en la participación social y calidad de vida (ej. aislamiento, trastornos afectivos y desempleo). En la literatura se ha denominado al primer enfoque como Tradicional, y al segundo como Contextual (Ylvisaker, Hanks & Johnson-Greene, 2002) ya que comprende la RC como la búsqueda de una mayor eficacia y participación en actividades personalmente significativas en el mundo real (ver tabla 1).

La transición progresiva de un modelo tradicional de la RC a uno contextualizado se debe a razones de diversa índole. Para Sohlberg y Mateer (2001 citado en Wilson, 2002) la RC es un concepto muy estrecho, siendo más adecuado hablar de “rehabilitación de sujetos con déficits cognitivos”. Según Wilson los pacientes con LCA rara vez poseen déficits cognitivos exclusivos. No sólo parecen mostrar perfiles que comprenden numerosos y diversas alteraciones cognitivas, sino también problemas emocionales, sociales y conductuales. Mateer (2003) opina que estos déficits cognitivos, emocionales y conductuales tienden a afectar un gran número de habilidades adaptativas, como la capacidad de auto cuidado, de mantener relaciones sociales, de tener éxito en la escuela o conseguir un trabajo.

La investigación neurocientífica ofrece argumentos que sustentan teóricamente esta transición. Modelos contemporáneos y técnicas de imagenología han puesto en duda la idea de una organización cerebral exclusivamente jerárquica y lineal de las funciones cognitivas (herencia del localizacionismo), tendiendo más bien hacia una concepción dinámica y holista del cerebro en interacción con el ambiente (Stein & Hoffman, 2003). Un ejemplo del funcionamiento cerebral “contextuado” es la variabilidad del rendimiento cognitivo de pacientes con LCA en settings médicos versus ambientes familiares (casa, trabajo), mejorando significativamente en estos últimos.

Por otro lado, la disociación entre procesos cognitivos y afectivos posee cada día menos fundamentos (Prigatano, 1997 citado en Uzzel, 2000). Las investigaciones en torno a la toma de decisión de Damasio (2006), la psiquiatría biológica de Panksepp (2004) y la influencia de los estados emocionales en el funcionamiento cognitivo de pacientes con LCA, son sólo algunos argumentos que nos obligan a pensar desde otros vértices la interrelación entre procesos afectivos, cognitivos y conductuales. Claramente, la necesidad de una visión orgánica de la conducta parece ofrecer un mayor alcance a la comprensión e intervención en estos pacientes.

### **La Rehabilitación cognitiva desde un enfoque integral**

Considerando los argumentos anteriormente señalados, podemos articular una definición tentativa de la RC. Es un proceso terapéutico que busca aumentar o mejorar la capacidad de procesar información (Sohlberg & Mateer, 1989; Ben-Yishay & Prigatano, 1990 citado en Wilson, 2002) y disminuir problemas asociados como la depresión, ansiedad, dificultades de comunicación e interacción social (Wilson). Requiere de la aplicación de procedimientos, técnicas y utilización de apoyos para retomar de forma segura, productiva e independiente tareas de la vida diaria (Sohlberg & Mateer, 2001 citado en Mateer, 2003). Y, como proceso terapéutico, es bidireccional e interactivo, involucrando a la persona con discapacidad, el equipo terapéutico, familiares y miembros de la comunidad (McLellan, 1991 citado en Wilson).

Una de las implicancias inmediatas de definir la RC de forma integral es la necesidad de un espectro teórico más amplio en el cual basar los programas y estrategias de intervención (Wilson, 1997). Entre los modelos y enfoques teóricos relevantes a la RC podemos señalar (Wilson, 2002): teorías de la evaluación (psicométricas, localizacionistas y ecológicas); modelos y teorías conductuales que ofrezcan estrategias de entrenamiento (modelaje, desensibilización, inundación, extinción); teorías y modelos de la recuperación del SNC; teorías y modelos de la emoción para abordar los efectos emocionales de la LCA; marcos conceptuales de los niveles de impacto de las secuelas de la LCA (ej. niveles de la discapacidad según WHO); modelos y marcos teóricos para comprender conductas compensatorias; teorías del aprendizaje sin error; modelos de rehabilitación holísticos.

Definir la RC dentro del marco recién descrito, implica guiar la práctica en base a ciertos principios o fundamentos:

- a) *Determinar la causa, naturaleza, extensión y severidad de la LC.* Existen diversos pronósticos dependiendo del tipo de lesión (Wilson, 2002).
- b) *La RC debe ser individualizada.* El conjunto de síntomas del paciente es una mezcla de características cognitivas premórbidas y características de personalidad, unidas a cambios neuropsicológicos asociados directamente con la

patología cerebral (Prigatano, 2000). Debido a la variabilidad de la población es necesario considerar el nivel de conciencia de la persona, la capacidad de auto iniciar y autorregular su comportamiento, así como el grado de afectación de las diversas funciones cognitivas (Mateer, 2003).

- c) El clínico debe *comenzar con la experiencia subjetiva o fenomenológica* del paciente para reducir su frustración y confusión, esto para lograr comprometerlo en el proceso de rehabilitación (Prigatano, 2000).
- d) Un programa de RC requiere del *trabajo conjunto* de la persona, la familia y los terapeutas (Mateer, 2003).
- e) La RC debe centrarse en *alcanzar metas relevantes y funcionales*. La identificación de los problemas actuales –cognitivos, afectivos, conductuales y sociales- (Wilson, 2002) es necesaria para reducir las limitaciones funcionales e incrementar y normalizar la participación, no sólo para mejorar los déficits (Mateer, 2003).
- f) *Negociar metas alcanzables* entre la persona con la LCA, los miembros de la familia y el equipo de Rehabilitación (Wilson, Evans, & Keohane, 2002).
- g) *Determinar el área de la discapacidad que se intentará abordar:* déficits, alteraciones funcionales o dificultades en la participación (Wilson, 2002).
- h) *Determinar las estrategias* (una o la combinación de varias) con que se intentará lograr una meta: restitución, compensación o modificación ambiental (Wilson, 2002). Debido a la complejidad de las alteraciones, deben incorporarse diversas aproximaciones al mismo problema (programas compensatorios para el pacientes, cognitivo conductuales para la depresión, educativos para la familia) de forma jerárquica y progresiva (Mateer, 2003).
- i) *Evaluar los resultados* siendo congruente con el nivel de intervención. Si se interviene al nivel de la discapacidad, la evaluación de los resultados debe realizarse al nivel de la discapacidad y no otro (Wilson, 2002). El criterio de eficacia más relevante es la funcionalidad; frecuencia de éxitos y fracasos en una tarea (ej. tomar medicinas), calidad de conducta, necesidad de ayuda o supervisión. La evaluación de resultados permite observar progresos y determinar si es necesario cambiar la intervención (Mateer, 2003). El Enfoque Centrado en la Planificación de Metas es un marco útil en este punto (Wilson, Evans y Keohane, 2002).
- j) *Considerar aspectos afectivos y emocionales* que el daño cognitivo conlleva y que generan conductas de evitación y el desarrollo de profecías auto cumplidas (Ben-Yishay & Daniels-Zide, 2000 citado en Mateer, 2003; Prigatano, 2000). Intervenciones psicoterapéuticas son importantes para ayudar al paciente y la familia a enfrentar pérdidas personales, así como también ayudarlo a comprender y manejar reacciones catastróficas. (Prigatano).

- k) *Monitorear y abordar la contratransferencia.* Trabajar con pacientes con LCA produce reacciones afectivas tanto en la familia del paciente como en el equipo de rehabilitación. Un manejo apropiado de estas reacciones facilita el proceso rehabilitador y adaptativo (Prigatano, 2000).

**Intervenciones y estrategias para aumentar la funcionalidad: modificación ambiental, compensación y reentrenamiento.**

En su texto *Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be*, Barbara Wilson (1997) reconoce los importantes aportes de la neuropsicología cognitiva respecto a la identificación de déficits específicos en pacientes con LCA. Allí reconoce que, si bien es cierto que dichos modelos nos informan sobre *qué* tratar, no logran satisfactoriamente decirnos *cómo* tratarlo. En otros términos, la neuropsicología cognitiva ha dado grandes pasos en la identificación del déficit, pero no en cómo disminuir las alteraciones funcionales (impairment), las cuales son el núcleo de nuestra labor. Por otro lado, Wilson señala que este modelo tampoco ha sido capaz de abordar las secuelas emocionales, sociales y conductuales de los pacientes con LCA, alteraciones que si no logran ser manejadas adecuadamente tienden a ser incluso más limitantes que los déficits cognitivos.

En cuanto a la planificación, implementación y evaluación de un programa de RC, Mateer (2003) enfatiza la importancia de comprender los procesos subyacentes al daño y su evolución. Insiste en la relevancia de evaluar completamente tanto las capacidades cognitivas preservadas como las alteradas; la capacidad de aprendizaje y las formas más facilitadas de lograrlo; los estilos de afrontamiento y respuesta frente a retos y fracasos cognitivos, así como el estilo de vida pre mórbido. La evaluación del ambiente, sus demandas y la disponibilidad de apoyo presente y futura, son centrales también en determinar la viabilidad de una intervención. Asimismo, el grado de comprensión que tiene la familia acerca de las dificultades cognitivas y conductuales, la naturaleza y la cantidad de apoyo que pueden brindar, y sus expectativas hacia el tratamiento, son pronóstico de éxito o necesidad de otras intervenciones previas.

Acordamos con Mateer (2003) que las intervenciones más comunes pueden agruparse en tres amplias categorías que incluyen las modificaciones ambientales, las técnicas de restauración y los mecanismos o estrategias compensatorias.

*Modificaciones Ambientales*

Buscan adaptar el entorno físico a las capacidades o nivel de funcionamiento cognitivo de las personas (Mateer, 2003) En la fase aguda, donde muchos pacientes se muestran agitados conductualmente y/o desorientados, se busca minimizar el riesgo de accidentes (ej. cerrar puertas, alejar objetos peligrosos), minimizar sobreestimulación (ej. regular cantidad de visitas, movimientos rápidos, ruido, luz) y orientar espacialmente (ej. ubicar calendarios, exponer a ciclos naturales de día y noche). En la fase crónica, en cambio, las

modificaciones ambientales apuntan a áreas específicas como la atención (ej. eliminar relojes que distraen con su ruido, ubicar a la persona en espacios silenciosos lejos de ventanas), memoria (ej. stickers en armarios que describen lo que contienen) y funciones ejecutivas (ej. listas con las actividades a realizarse en el día).

*Técnicas de restauración*

Apuntan a mejorar la función por medio del tratamiento de los déficits subyacentes, esto a través de actividades sistemáticas. Se intenta reforzar estas habilidades en base al ejercicio y la práctica repetida. Según Cicerone (2002 citado en Mateer, 2003), la ejercitación de funciones cognitivas requiere: combinarse con retroalimentación, utilizar tareas en jerarquía de complejidad, seleccionarlas de acuerdo al daño específico (y no en base a programas standards), así como establecer medidas de resultados acordes a las expectativas del paciente y el terapeuta.

*Mecanismos y estrategias compensatorias.*

Para Wilson (2000), las estrategias compensatorias tienden a ser utilizadas en rehabilitación cuando el avance de la recuperación neuronal se ha detenido o significativamente enlentecido. La compensación puede ser lograda de diversas formas: disponiendo el ambiente de forma tal que la función no sea requerida, enseñándole a las personas a lograr sus metas de formas alternativas (ej. por medio de una habilidad intacta), incentivándolas a usar habilidades residuales de manera más eficiente o disminuyendo las expectativas de desempeño mediante la educación y aceptación emocional. Aprender a utilizar agendas escritas o electrónicas, beepers, calendarios, uso de señas o dibujos cuando hay déficits de lenguaje expresivo, uso de claves mnemotécnicas para disminuir errores al escribir un e-mail, disponer objetos llamativos en lados negligentes, son todas intervenciones compensatorias. Para Evans, Wilson, Needham & Brentnall (citado en Wilson, 2002) son las herramientas más importantes para que las personas con LCA enfrenen situaciones cotidianas. Personas jóvenes, con déficits más leves y focalizados, y que usaban más de dos estrategias compensatorias antes del accidente, tienden a compensar mejor (Wilson, 2000). Según Mateer (2003), la evaluación de las necesidades de la persona y de su entorno es central al seleccionar la ayuda compensatoria más adecuada, requiriéndose además un entrenamiento sistemático, la incorporación de cuidadores en el proceso y la evaluación continua de resultados.

La implementación de estrategias de mayor complejidad y exigencia, como las técnicas compensatorias, requiere del compromiso y participación del paciente. Esta colaboración no siempre existe, debido a variables afectivas (rabia, negación) o neurológicas (anosognosia). Es por esto que además de las estrategias cognitivas, deben realizarse intervenciones clínicas que apunten a lograr una mayor adherencia. El programa de Ben-Yishay (2000) propone al

respecto una interesante progresión de etapas en el tratamiento: aumento de conciencia y comprensión de lesión cerebral, aumento de permeabilidad a instrucciones o feedbacks del equipo, compensación y aceptación.

### **Modelo de trabajo de un equipo de neurorehabilitación**

Nuestra Unidad nace hace 6 años como uno de los estamentos terapéuticos de la Clínica de Neurorehabilitación Los Coihues (CLC). En el transcurso del tiempo ha llegado a conformarse por 6 neuropsicólogos (de un total de 45 terapeutas) con diversas orientaciones clínicas (sistémica, humanista y psicoanalítica), lo cual ha permitido construir un modelo comprensivo amplio y flexible a las múltiples necesidades de nuestra población.

El espectro de pacientes con los que trabajamos varía desde pacientes post-agudos recién egresados de las UTIs de diversos centros hospitalarios (70%), hasta pacientes que ya tienen meses de evolución y viven en sus hogares (30%). La sede de Laguna Sur principalmente trabaja con pacientes post agudos y ambulatorios, mientras que la sede Elidoro Yáñez, con sólo un año de funcionamiento, recibe exclusivamente a pacientes ambulatorios. Las principales patologías que ingresan a la clínica son accidentes vasculares encefálicos y traumatismos encéfalo craneanos. En menor número trabajamos también con pacientes secueledos de tumores cerebrales, encefalitis hipóxicas y enfermedades degenerativas como la esclerosis múltiple y la esclerosis lateral amiotrófica. Demográficamente esta población se dispersa asimismo en pacientes de diversos grupos etarios (adultos, adolescentes, niños) y socioeconómicos. Estas consideraciones respecto a nuestra población son altamente relevantes a nuestra labor, ya que impactan no sólo en el diseño de programas y protocolos de atención, sino también en el pronóstico, tiempos de evolución y posibilidades de reintegración laboral y social. Pacientes con una importante red de apoyo social y laboral, así como recursos económicos suficientes, tienden a lograr un mayor nivel de reintegración psicosocial, a pesar de la severidad de las secuelas. En cambio, pacientes considerados como institucionalizados, por carecer de tales apoyos, presentan enormes dificultades en el proceso de rehabilitación, a pesar de poseer un nivel adecuado de desempeño cognitivo, afectivo y social.

### *Organización del Equipo Multidisciplinario*

Los pacientes generalmente ingresan a CLC luego de haber sido previamente evaluados por un médico fisiatra en los centros donde han sido estabilizados vitalmente, éste sugiere al doctor tratante y la familia un plan de terapia tentativo. Al llegar a la clínica, los pacientes son evaluados separadamente por cada estamento (kinesiólogía, terapia ocupacional, fonoaudiología, neuropsicología, enfermería y nutrición) durante las primeras veinticuatro horas. A partir de estas evaluaciones iniciales, se planifican evaluaciones específicas y definen objetivos iniciales en cada especialidad.

Luego de haber transcurrido la primera semana los terapeutas a cargo realizan una reunión clínica donde se comparten los hallazgos de cada especialista con el fin de construir un perfil del paciente (y de su grupo familiar), determinando fortalezas, debilidades, pronóstico e intervenciones iniciales. Se definen asimismo los objetivos transversales del equipo (ej. aumentar nivel de contacto con el entorno) y los específicos de cada unidad (ej. retiro de traqueostoma). En esta etapa inicial concordamos con McMillan (1999 citado en Wilson, 2002) que para definir objetivos terapéuticos es imprescindible involucrar al paciente (en el caso que su nivel de conciencia y lenguaje lo permitan) y la familia, establecer metas alcanzables de acuerdo al potencial inicial, describir la conducta que deseamos lograr, establecer una fecha límite y operacionalizar la intervención a realizar. El equipo continuará reuniéndose con cierta periodicidad para intercambiar información de los avances y dificultades que emergen en el proceso, evaluando las metas establecidas o la necesidad de modificarlas. Si bien esta instancia formal es un eje que guía el trabajo a mediano y largo plazo, nuestra experiencia nos ha enseñado que la comunicación cotidiana de los miembros del equipo es el sostén del proceso.

### *Protocolo de Evaluación de la Unidad de Neuropsicología*

La visión Holista de la rehabilitación de pacientes con LCA nos lleva a ampliar nuestro rol más allá de la labor clásica del neuropsicólogo. Creemos que nuestro trabajo es más bien el de un neuropsicólogo clínico, esto es, un especialista que integra la pericia neuropsicológica con las herramientas de un psicoterapeuta. Sólo así parece posible poner en práctica el principio de Prigatano (2000) respecto a que toda rehabilitación parte de la consideración de la experiencia subjetiva de cada paciente, más allá de los déficits cognitivos y conductuales que presente. Todo paciente, como refiere Sacks (2002) de forma iluminada en su historial de casos clínicos, es un organismo que intenta restaurar, reponer, y compensar con el fin de preservar su identidad, por muy extraños que puedan ser los medios que utiliza. Este es un punto en extremo desafiante, ya que se tiende a pensar, por ejemplo, que pacientes inicialmente muy deteriorados están desprovistos de subjetividad alguna, obviando en las intervenciones su experiencia interna. El costo de "des-almar" a estos pacientes es desperdiciar el punto de vista de su organismo en esta nueva circunstancia, así como sus esfuerzos adaptativos por preservar su coherencia e identidad. Y es exactamente tal punto de referencia, aprehensible por medio de una contratransferencia neuropsicológicamente informada, el que permite guiar las intervenciones.

*Felipe es un joven gravemente secueledado de TEC. Su conducta al ingresar a la clínica parece organizarse en base a reflejos básicos de agrado y desagrado frente a los estímulos del medio. El severo daño bifrontal lo ha dejado en un mutismo y alteración atencional*



Estas intervenciones se ubican en diversos puntos del espectro psicoterapéutico. Existen acciones que se ubicarían en el polo de apoyo (contención emocional, consejo, aumento de conciencia de enfermedad, modificación conductual) y otras en el polo expresivo (elaboración de la experiencia traumática, flexibilización de defensas y rasgos de carácter no adaptativos, aceptación a déficits y cambios vitales). La utilización de intervenciones de uno u otro polo dependerá del estado cognitivo del paciente, su motivación, la permeabilidad de su estructura de personalidad y el momento del proceso de duelo en que se encuentre.

#### *Sesiones familiares.*

Estas pueden intervenir diversos subsistemas de la familia (conyugal, parental, fraternal). Básicamente se intenta acompañar y orientar al grupo en el afrontamiento de la crisis. Se abordan los cambios de roles, dinámicas familiares y educación sexual.

#### *Guía a equipo Multidisciplinario.*

Debido a la experticia y mayor contacto del psicólogo con la experiencia y proceso de adaptación del paciente, éste puede informar al equipo del momento de evolución (cognitiva, afectiva y conductual) en que se encuentra. Esto permite contextualizar las exigencias físicas y funcionales del equipo de acuerdo a las capacidades y dificultades actuales del paciente.

#### *Guía a personal auxiliar.*

Eventualmente se incluye al personal auxiliar que asiste al paciente en sus cuidados. Se le entrena y orienta en la comprensión de la experiencia del paciente, el manejo de conductas desadaptativas o el apoyo en intervenciones de reentrenamiento cognitivo y compensación funcional.

### **Desafíos en la implementación de un modelo de intervención contextualizado**

Generar un modelo de RC en un contexto sin referentes académicos ni institucionales ha sido un enorme desafío. Es por tal motivo, quizás, que sólo después de seis años de experiencia podemos explicitar un esquema de trabajo suficientemente comprensivo. Nuestro equipo, al igual que muchos equipo de neurorehabilitación en otros lugares del mundo, se ha encontrado con las limitaciones de los modelos clásicos basados en el déficit, lo cuales no logran aprehender la complejidad del fenómeno ni responder a las necesidades de los pacientes y sus familias. Espontáneamente hemos evolucionado en nuestro trabajo hacia un modelo con elementos contextualizados, debiendo enfrentar las dificultades que implica guiar las intervenciones desde dicho marco.

Trabajar desde un modelo contextualizado exige un cambio cultural en la mentalidad de los equipos de rehabilitación y las instituciones en que se insertan. Implica abandonar progresivamente la visión unidireccional médica, donde el especialista hace algo al "paciente" para que este cambie. Además, requiere que los equipos salgan de sus oficinas y conozcan los contextos de sus pacientes, ampliando su lugar de trabajo fuera de los laboratorios kinésicos o neuropsicológicos. La labor de los terapeutas ocupacionales es un excelente ejemplo al respecto.

La planificación individualizada de objetivos y metas instala no menores desafíos. Además de necesitar que los equipos se capaciten en el diseño y evaluación de programas, requiere una gran inversión de horas, lo cual no es nada fácil cuando las instituciones se financian en base a prestaciones realizadas.

En el ámbito de las intervenciones clínicas emergen numerosos desafíos aún no resueltos en la comunidad neuropsicológica. Si bien ya parece ser un consenso que la RC es efectiva, y que los pacientes que ingresan a dichos programas muestran mayor independencia funcional que quienes no lo hacen (véase, por ejemplo, Trexler, 2000), la heterogeneidad de la población exige indagar en qué intervenciones son más eficaces para diversos perfiles de pacientes (Mateer, 2003; Ylvisaker, 2002). Considerar en investigaciones venideras variables como: severidad de la lesión, nivel de limitación funcional y tipo de etiología, permitirá avanzar en este ámbito (Trexler), generando programas especializados de acuerdo a tipos de lesión, edad y genero (Uzzel, 2000). Por otro lado, si acordamos como Ylvisaker que la esencia de la RC se encuentra en su flexibilidad, sensibilidad al contexto, funcionalidad y compromiso del paciente, los estudios futuros deberán lograr demostrar que son estas características de las intervenciones las que las hacen exitosas. Evaluar estos tipos de tratamientos, versus tratamientos rígidos y protocolizados es una interesante línea de investigación.

En cuanto al trabajo de los equipos de neurorehabilitación, uno de nuestros mayores aprendizajes es el impacto emocional y desgaste que sufren los terapeutas al encontrarse crónicamente expuestos a situaciones de crisis y experiencias altamente traumáticas. La incorporación de grupos de autocuidado, así como instancias grupales donde puedan observarse las dinámicas que se generan en la relación de los equipos, las familias y los pacientes son una necesidad fundamental para garantizar el éxito de los procesos.

Por último, no podemos obviar que los procesos de rehabilitación, al ser intensivos, personalizados y extenderse en el largo plazo, poseen un considerable costo. Lamentablemente hoy en nuestro país los sistemas de salud sólo cubren las etapas agudas y post agudas de la rehabilitación, enfocándose estrechamente en logros funcionales básicos y desentendiendo las múltiples

necesidades de la fase ambulatoria. Se hace imprescindible así, la creación de políticas sociales y de salud que protejan a esta población y les ofrezcan la posibilidad no sólo de mejorar sus déficits, sino de reingresar en las actividades significativas de sus vidas. Mayor financiamiento y la creación

de redes y centros comunitarios parece ser aquí el objetivo. Nuestra tarea como terapeutas es otra, demostrar la efectividad de nuestro trabajo, así como el costo beneficio, a largo plazo, de nuestras intervenciones.

## Referencias

- Boake, C. (1996). Editorial: Historical aspects of Neuropsychological Rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 6, 241 – 243.
- Ben-Yishay, Y. (2000). Postacute Neuropsychological Rehabilitation. A Holistic Perspective. En A-L. Christensen & B. P. Uzzell (Eds.), *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation* (pp. 115 - 125). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Damasio, A. (1994/2006). *El error de Descartes* (4ª Reimpresión). Barcelona: Editorial Crítica.
- Ducharme, J. (2003). "Errorless" Rehabilitation. Strategies of Proactive Intervention for individuals with Brain Injury and their Children. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 18 (1), 88 – 104.
- Mateer, C. (2003) Introducción a la Rehabilitación Cognitiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 21, 11 – 20.
- Pankseep, J. (2004) *Textbook of Biological Psychiatry*. New Jersey: Wiley-Liss
- Prigatano, G. (2000) A Brief Overview of four Principles of Neuropsychological Rehabilitation. En A-L. Christensen & B. P. Uzzell (Eds.), *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation* (pp. 115 - 125). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sohlberg, M. & Mateer, C. (1989) *Principles of Neuropsychological Rehabilitation: Theory and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Stein, D. G. & Hoffman, S. D (2003). Concepts of CNS Plasticity in the context of Brain Damage and Repair. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18 (4), 317-341.
- Trexler, L. (2000). Empirical Support for Neuropsychological Rehabilitation. En A-L. Christensen & B. P. Uzzell (Eds.), *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation* (pp. 353 - 369). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Uzzell, B. (2000). Neuropsychological Rehabilitation. En A-L. Christensen & B. P. Uzzell (Eds.), *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation* (pp. 353 - 369). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- World Health Organization (2002). Toward a common language for functioning, disability and Health. ICF. Extraído el 2 de Abril, 2007, de <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
- Wilson, B. (1997). Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 3, 487 – 496.
- Wilson, B. (2000). Compensating for Cognitive Deficit following Brain Injury. *Neuropsychology Review*. Vol 10 (4), 233-243.
- Wilson, B. (2002). Towards a Comprehensive Model of Cognitive Rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 12 (2), 97 – 110.
- Wilson, B., Evans, J. & Keohane, C. (2002). Cognitive Rehabilitation: A Goal-Planning Approach. *The Journal of Head and Trauma Rehabilitation*. 17 (6), 542 – 555.
- Ylvisaker, M., Hanks, R. & Johnson-Greene, D. (2002) Perspectives on Rehabilitation of individual with Cognitive Impairment after Brain Injury: Rationale for reconsideration of Theoretical Paradigms. *The Journal of Head and Trauma Rehabilitation*. 17 (3), 191 – 209.



	Tradicional	Contextualizado
Foco y metas	Déficits neuropsicológicos subyacentes.  Meta: restauración de funciones cognitivas. Estrategias compensatorias si intervenciones restaurativas son ineficientes.	Enfoca en déficit, discapacidad o participación.  Meta: lograr objetivos del mundo real y participar en actividades cotidianas elegidas por ellos y bloqueadas por déficits cognitivos.
Evaluación	Medidas estandarizadas neuropsicológicas y de lenguaje.  Busca determinar áreas cognitivas débiles que deben ser fortalecidas y áreas de fortaleza que pueden ser utilizadas para compensar las deficitarias.  Considera la cognición como separable en procesos discretos que pueden ser ejercitados separadamente.  Combinación con tareas de laboratorio. Se usa como diagnóstico, plan de tratamiento y evaluación de resultados.	Déficit: medidas neuropsicológicas que buscan aislar procesos subyacentes. Busca genera hipótesis sobre enfoques de intervención potenciales a la rehabilitación.  Actividad/discapacidad: observaciones conductuales sistemáticas y exploración de variables que afectan rendimiento funcional.  Participación/handicap: encuestas y reportes de participación en actividades de la vida real; exploración de variables que afectan la participación funcional; observaciones conductuales sistemáticas de competencias de personas en la vida diaria.  Busca colaboración en la evaluación entre profesionales, personas significativas y paciente.  Busca testear hipótesis.
Modalidades de tratamiento y métodos	Ejercicios cognitivos descontextualizados. Posiblemente combinado con ejercicios cognitivos para adquirir conductas cognitivas compensatorias.  Los ejercicios buscan aislar áreas de funcionamiento cognitivo.	Combinación flexible de ejercicios cognitivos (si se indica), entrenamiento en tareas específicas, funcionales y significativas.  Conductas compensatorias en contextos funcionales, y modificaciones ambientales (modificación de las tareas o apoyo de otros).
Organización del tratamiento	Jerarquía de ejercicios:  Secuencia 1: Se busca maestría en tareas y luego generalización.  Secuencia 2: Reducción primera del déficit; entonces posible reducción de discapacidad; finalmente posible reducción de participación.	Enfoque de componentes cognitivos no jerarquizada.  Generalización promovida desde el exterior. Aumento de participación con apoyos ambientales, discapacidad entonces reducida con conductas compensatorias y equipamiento, y finalmente el déficit reducido con la internalización de estrategias y conductas bien entrenadas.
Setting, contenido y proveedores	Establecimiento clínico usa equipo especializado, materiales y tareas; se utilizan especialistas en re-entrenamiento cognitivo.	Establecimiento clínico usa contenidos personales (materiales y tareas) y ambiente relevante. Especialistas utilizan el apoyo de personas significativas del diario vivir.

Tabla 1. Enfoques Tradicional y Contextualizado en Rehabilitación Cognitiva (Adaptado de Ylvisaker, Hanks & Johnson-Greene, 2002)

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrevista inicial</li> <li>2. Screening Neuropsicológico (Neuropsi)</li> <li>3. Entrevista a Familiares, Pauta de Evaluación Familiar (PEF).</li> <li>4. Cuestionario de carga del cuidador.</li> </ol>
<b>Si se observan alteraciones cognitivas:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atencionales:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dígitos Normal e Inverso (WAIS III y WISC R)</li> <li>b. Trail Making Test I y II</li> <li>c. Test de Stroop</li> </ol> </li> <li>2. Lenguaje             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Test Denominación de Boston</li> </ol> </li> <li>3. Memoria:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Grober Y Buschke</li> <li>b. Verbal Learning Memory test</li> <li>c. DCS, Test de Memoria y Aprendizaje visual</li> <li>d. Test de retención visual de Benton</li> </ol> </li> <li>4. Visoconstruictvas             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Test reloj</li> <li>b. Figura Compleja de Rey-Osterrieth</li> <li>c. Cubos (WAIS III)</li> </ol> </li> <li>5. Ejecutivas             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Test de Cuadrados</li> <li>b. Test Fluidez verbal y gráfica</li> <li>c. Frontal Assessment Battery</li> <li>d. Test Clasificación de Cartas de Wisconsin</li> <li>e. Tareas Ecológicas</li> </ol> </li> <li>6. Inteligencia General             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. WAIS III</li> <li>b. Matrices Progresivas de Raven</li> </ol> </li> </ol>
<b>Si se observan alteraciones neuroconductuales</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inventario Neuropsiquiátrico</li> <li>2. Cuestionario para la evaluación de la Apatía.</li> <li>3. Entrevista sobre conciencia de déficit.</li> </ol>

Tabla 2. Protocolo de Evaluación.