
PRINCIPIOS GENERALES DE LA REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

RECIBIDO: 15 Junio 2020 / ACEPTADO: 30 Septiembre 2020

Barbara A. Wilson^a

Mac Auliffe, M^b

Christian Salas^c

a. Oliver Zangwill Centre, Ely, U.K. b. Facultad Psicología Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. c. Unidad de Neuropsicología Clínica, Laboratorio de Neurociencia Cognitiva y Social, Facultad Psicología Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

RESUMEN

Palabras Clave: Rehabilitación Neuropsicológica, Lesión Cerebral, Neuropsicología, Rehabilitación Cognitiva, Emoción.

Este artículo es la traducción del seminario del mismo nombre llevado a cabo el 23 de Enero de 2017 en la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales (Santiago, Chile), como parte de las actividades de extensión del Diplomado en Rehabilitación Neuropsicológica del Adulto. Bárbara Wilson es Neuropsicóloga Clínica e investigadora en Rehabilitación Neuropsicológica en UK. Es la fundadora del centro de rehabilitación Oliver Zangwill (Ely, UK) y ha trabajado por más de 40 años en el desarrollo de la disciplina a nivel mundial. Bárbara es fundadora y editora de la revista *Neuropsychological Rehabilitation*. En esta presentación, Bárbara expone su visión respecto a los pilares de la Rehabilitación Neuropsicológica de adultos con lesión cerebral adquirida, la cual ha destilado de su productivo trabajo clínico e investigativo.

Introducción

Voy a hablar acerca de ciertos principios generales de la rehabilitación neuropsicológica (RN). Estos son bastante idiosincráticos. Llevo 40 años trabajando en rehabilitación y tengo una visión bastante fuerte sobre cómo debe y no debe hacerse. Todos sabemos lo que es la neuropsicología: es el estudio de la relación entre el cerebro y el comportamiento. Podríamos decir también: es la disciplina que estudia cómo el cerebro afecta el comportamiento, las emociones y la cognición. Todos estos factores son importantes en la rehabilitación de personas con lesión cerebral. Pero ¿qué pasa con la RN? Primero que todo, quisiera señalar lo que la RN no es. La RN no es sinónimo de restauración (*restoration of function*). Por restauración nos referimos a volver a ser como uno era antes de la lesión. Tampoco es sinónimo de tratamiento. Tratamiento es algo que le das a la gente, como remedios o cirugía.

Hablemos ahora sobre lo que sí es la RN. Esta es una definición un poco antigua, pero a mí me gusta mucho porque logra capturar lo que referimos por “rehabilitación”: la RN es un proceso por el cual personas que han sufrido lesiones cerebrales, o que están en una situación de discapacidad a causa de una lesión cerebral, trabajan en conjunto con profesionales, personal de salud, familiares y otros miembros de la comunidad para lograr un óptimo nivel de bienestar físico, psicológico, social y vocacional¹. Cómo pueden ver, aquí la naturaleza interactiva y bidireccional del procesos es un elemento crucial. Es necesario hacer aquí una distinción conceptual. La RN no es equivalente a rehabilitación cognitiva. Por rehabilitación cognitiva nos referimos a un proceso por el cual personas con lesiones cerebrales trabajan en conjunto con profesionales, staff y otros actores, para remediar o aliviar déficit cognitivos proveniente de un daño neurológico. La RN es similar pero tiene un foco más amplio, ya que se preocupa de la disminución de los déficits cognitivos, emocionales, comportamentales y psicosociales causados por un daño cerebral.

Ahora, la mayor parte de mi experiencia proviene de trabajar con personas que han sufrido algún tipo de daño cerebral, particularmente lesiones cerebrales traumáticas, pacientes jóvenes con accidentes vasculares, casos de encefalitis -una infección viral del cerebro- y lesiones cerebrales anóxicas -deprivación de oxígeno. Tengo algo de experiencia con demencia, pero en general mi trabajo se ha centrado en personas con lesiones cerebrales adquiridas, no progresivas. Sin embargo, ya sea que hablemos de personas con lesiones adquiridas o progresivas, la RN comparte un elemento común: ayudar a personas con discapacidad a que puedan lograr su nivel óptimo de bienestar, para reducir el impacto de los déficits en la vida cotidiana y ayudarles a volver a sus ambientes preferidos y apropiados. Muchas de las personas con las que trabajo vuelven a sus hogares, otros no, y deben ser ubicados en hogares. Sin embargo, en cualesquiera de estos escenarios el objetivo es el mismo: queremos que sean lo mejor que puedan ser, en cualquier ambiente al que regresen.

Quisiera recalcar un punto. El propósito de la rehabilitación no es enseñarle a las personas a obtener mejores puntajes en pruebas neuropsicológicas, o aprender listas de palabras, o enseñarles a ser más rápidos detectando estímulos en un computador. Esto en una pequeña parte de lo que hacemos, pero no es el propósito principal. Esta es la razón por la cual me molesto con otros profesionales que trabajan en el área de la rehabilitación y piensan que se debe juzgar la efectividad de la rehabilitación en base a qué tan bien le va a una persona en tests. ¿Por qué? Porque sabemos que personas con lesión cerebral pueden fallar en tests neuropsicológicos pero aún así funcionar bastante bien en la vida cotidiana, si logran compensar bien su déficits. En otras palabras, la RN debería apuntar a problemas de la vida real. Necesitamos preocuparnos de dificultades de la vida real con las cuales las personas con daño cerebral se enfrentan cada día. Quizás un buen ejemplo de esto puedan ustedes encontrarlo en nuestro libro *La vida después de una lesión cerebral: Historias de sobrevivientes*². En este libro se relatan procesos de rehabilitación de 17 sobrevivientes, con diversos tipos de lesión cerebral, distintos niveles de discapacidad y gravedad, así como diferentes niveles de éxito. Además, cada capítulo está coescrito por un paciente y los profesionales que trabajaron con el/ella. De alguna manera este libro refleja la naturaleza interactiva y bidireccional de la RN.

¹ McLellan, D. L. (1991). Functional recovery and the principles of disability medicine. *Clinical neurology*, 1, 768-790.

² Wilson, B. A., Winegardner, J., & Ashworth, F. (2013). *Life After Brain Injury: Survivors' Stories*. Psychology Press.

Si la RN debe enfocarse en metas relacionadas con la vida cotidiana del paciente, esta debe ser entonces implementada en el ambiente donde el paciente desarrolla su vida. Si eso no es posible, al menos deberíamos asegurarnos que el lugar donde entrenamos una habilidad sea similar a dicho ambiente. En otras palabras, si logramos que algo funcione en la clínica, debemos asegurarnos de que también funcione en el hogar¹. Un requisito para lograr esta meta es que el trabajo de rehabilitación debe ser colaborativo, negociando objetivos entre la familia, el paciente y los profesionales de la rehabilitación. Incluso en ocasiones hay que incluir otros actores relevantes al proceso de rehabilitación de una persona, como pueden ser profesores, empleadores, trabajadores sociales, terapeutas musicales, nutricionistas, etc. El punto relevante aquí es que la RN es, por definición, un esfuerzo colaborativo que apunta a reducir la discapacidad y mejorar el funcionamiento en la vida cotidiana. Nunca hacemos rehabilitación para que las personas logren mejores resultados en tests. Las pruebas son importantes, pero por distintas razones. Los tests nos ofrecen un mapa de las fortalezas y debilidades cognitivas, pero no deberíamos usar dicha información para determinar si nuestra rehabilitación ha sido efectiva o no. Hoy en día la RN considera el logro de las metas establecidas entre pacientes, familiares y equipo como medida de avance del proceso^{2 3}.

Otro elemento característico de la RN hoy en día es el reconocimiento de la importancia de considerar la interacción entre factores cognitivos, emocionales y conductuales. Esta idea está a la base de la teoría holística de la RN que Yehuda Ben-Yishai^{4 5} y George Prigatano⁶ desarrollaron inicialmente. Estos autores enfatizaron que era inútil separar las consecuencias cognitivas de las emocionales, sociales y funcionales. Porque como nos sentimos afecta como pensamos, recordamos, nos comunicamos, resolvemos problemas y nos comportamos. Estas funciones están interconectadas, son difíciles de separar y se debe lidiar con cada una en la rehabilitación. Todos los programas holísticos a nivel mundial ofrecen terapias grupales e individuales, teniendo como principal objetivo aumentar la conciencia de los pacientes respecto a sus dificultades, promover aceptación y el entendimiento.

Al señalar que la RN es un esfuerzo colaborativo quiero enfatizar que una Alianza de Trabajo es formada entre paciente, familia y profesionales⁷. Si miramos la definición de alianza en un diccionario, diversos sinónimos emergen: asociación, colaboración, coalición, unión, confederación, etc. Todas estas palabras nos permiten entender un elemento central de nuestro trabajo. Cuando comencé trabajando en rehabilitación en los 70s eran los doctores, terapeutas o psicólogos quienes decidían en qué trabajaría el paciente o cuales serían sus metas de rehabilitación. Era usual que dijéramos entonces: Pedro trabajará en ser más independiente usando su silla de ruedas, o Fernanda va a trabajar en aprender a utilizar un sistema de comunicación alternativo. Así trabajábamos en los 70s. Hoy es muy distinto, al menos en el Reino Unido, ya que es costumbre negociar las metas entre pacientes, familiares y equipo.

Si la RN trabaja enfocada en metas negociadas ¿Cuál es la primera meta que debemos abordar? La primera meta para todos nuestros pacientes en el *Oliver Zangwill Centre (OZC)*⁸ es comprender qué es la lesión cerebral. Esto es tan importante que tenemos todo un módulo con muchas horas dedicadas a trabajar individual y grupalmente en torno a comprender qué significa tener una lesión cerebral adquirida, cuáles son las consecuencias comunes tanto cognitivas, funcionales,

¹ Esta idea refiere al concepto de *transferibilidad* de aprendizaje en RN.

² Evans, J. & Krasny-Pacini, A. (2018). Goal Setting in Rehabilitation. In B. Wilson, J. Winegardener, C. van Heugten and T. Ownsworth (eds.) *Neuropsychological Rehabilitation. The International Handbook*, pp. 49-58. London: Routledge

³ Wilson, B., Evans, J & Gracey, F. (2010). Goal Setting as a way of planning and evaluating neuropsychological rehabilitation. In B. Wilson, F. Gracey, J. Evans and A. Bateman (eds.) *Neuropsychological Rehabilitation. From Theory to Practice*, pp. 37-46. Cambridge: Cambridge University Press.

⁴ Ben-Yishay, Y., Rattok, J., Lakin, P., Piasetsky, E. B., Ross, B., Silver, S., Zide, E. & Ezrachi, O. (1985). Neuropsychological Rehabilitation: Quest for a holistic approach. *Seminars in Neurology*, 5 (3), pp. 252-259.

⁵ Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (2011). *Handbook of holistic neuropsychological rehabilitation: outpatient rehabilitation of traumatic brain injury*. Oxford University Press.

⁶ Prigatano, G. P. (1999). *Principles of neuropsychological rehabilitation*. Oxford University Press.

⁷ Stagg, K., Douglas, J., & Iacono, T. (2019). A scoping review of the working alliance in acquired brain injury rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 41(4), 489-497.

⁸ <http://www.ozc.nhs.uk>

comunicativas y emocionales¹. En base a mi experiencia puedo decir que a todos nuestros pacientes realmente les gusta este grupo, ya que funciona como un grupo de psicoeducación. Ellos aprecian poder entender qué les pasó y cuáles son las consecuencias.

He señalado que la RN está enfocada en el logro de metas significativas y funcionalmente relevantes. Pero ¿Qué constituye una meta? Una meta es algo que el paciente quiere hacer, algo que refleja sus anhelos a largo plazo y que puede ser fragmentado en pequeñas metas alcanzables. En OZC nuestros pacientes vienen por un periodo aproximado de 4 meses a rehabilitación, por lo que fijamos metas que puedan alcanzar durante el transcurso de ese tiempo. No obstante, si trabajas en un ambiente de hospital y tienes personas por solo dos semanas, puedes fijar metas distintas, metas que puedan cumplirse antes de que deban dejar el hospital. La meta debe ser funcional, relevante y reflejar el trabajo interdisciplinario. Yo trabajo como parte de un equipo que incluye psicólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y a veces doctores, terapeutas musicales, terapeutas de artes dramáticas y nutricionistas. Trabajar en equipo es maravilloso, pero a veces no es posible y debes trabajar de forma individual. No obstante, muchos de estos principios pueden ser aplicados en contextos individuales.

Permítanme darles algunos ejemplos. Una meta cognitiva podría ser aprender a utilizar el teléfono nuevamente, por lo que una terapeuta especializada en lenguaje podría apoyar dicho objetivo en una persona con lesión cerebral. Pueden haber también metas de naturaleza emocional. Carolina, una de nuestras pacientes, fue apuñalada en un tren por un hombre desquiciado. Una de sus metas era poder viajar sola en el tren desde Ely a Cambridge -este es un viaje de 17 minutos. Su primera meta a corto plazo fue aprender técnicas de relajación que le permitieran viajar en tren. Su segunda meta de corto plazo fue viajar de un paradero de bus a otro acompañada de su psicólogo, quien viajaba sentado junto a ella. La siguiente meta fue realizar el mismo viaje, con el psicólogo sentado en el asiento de atrás. Luego, cuando ella se sintió lista, el psicólogo se sentó en la parte trasera del bus. Así, de forma muy gradual, cada semana ella lograba ir un paso más allá en su meta de viajar sola desde Ely a Cambridge. Hay metas que poseen una naturaleza social. Un hombre con demencia, por ejemplo, solía ir a un club de bolos en su ciudad tres veces al mes. Su primera meta de corto plazo fue llamar por teléfono para asegurarse de que su membresía siguiera vigente. Hay metas funcionales, como por ejemplo aprender a usar nuevamente una cocina. O para alguien que pretende volver a trabajar, aprender a presentar sus ideas a una audiencia puede constituir una meta, donde el primer paso es realizar dicha tarea frente a otros pacientes y el equipo de rehabilitación del OZC. Recuerdo un paciente, Elliot, quien jugaba golf antes de su lesión, y estaba a punto de tomar una beca deportiva en los Estados Unidos. Con él, el golf fue muy utilizado como parte de su rehabilitación. Los terapeutas tuvieron que aprender varias técnicas de golf durante su tratamiento. Elliot, finalmente consiguió un trabajo como voluntario en el club de golf local.

Una idea fundamental de nuestro trabajo es que utilizamos los intereses de los pacientes para ayudarles a impulsar su rehabilitación. Luego organizamos las metas en base a que estas sean SMART^{2 3}. SMART es un acrónimo donde *S* refiere a algo específico. Esto significa que las metas no deben ser demasiado generales, como “mejorar la memoria”. Por el contrario, una meta específica sería: “aprender a tomar remedios de forma independiente”. La *M* refiere a que la meta debe ser medible. Algunas metas son fáciles de medir mientras que otras no. Por ejemplo, “mejorar la autoconfianza” sería algo difícil de medir y habría que utilizar alguna escala especial con familiares, amigos e integrantes del equipo terapéutico para que pudieran calificar la autoconfianza de la persona. La *A* refiere a que las metas deben ser alcanzables, o potencialmente alcanzables, por lo que no le darías a una persona con una lesión en la columna la meta de “volver a caminar”. La *R* implica que la meta debe ser realista y relevante para la persona, pudiendo alcanzarse dentro de un periodo específico de tiempo (*T*).

¹ Wilson, B., Bateman, A. & Evans, J. (2010). The Understanding Brain Injury (UBI) Group. In B. Wilson, F. Gracey, J. Evans and A. Bateman (eds.) *Neuropsychological Rehabilitation. From Theory to Practice*, pp. 68-80. Cambridge: Cambridge University Press.

² McMillan, T. M., & Sparkes, C. (1999). Goal planning and neurorehabilitation: the Wolfson Neurorehabilitation Centre approach. *Neuropsychological Rehabilitation*, 9(3-4), 241-251.

³ Evans, J. J. (2012). Goal setting during rehabilitation early and late after acquired brain injury. *Current opinion in neurology*, 25(6), 651-655.

Las metas a corto plazo, las cuales se articulan en relación a metas de largo plazo, generalmente se programan en semanas, mientras que las de largo plazo suelen ser programadas en términos de meses. Permítanme darles un ejemplo. Un hombre sufrió un traumatismo craneano al chocar su auto, dañándose las arterias carótidas. Uno de sus metas a largo plazo era lograr manejar sus finanzas. Para eso debía aprender a firmar sus propios cheques, y decidimos que debía realizarlo en menos de 6 segundos (meta específica). Inicialmente se demoraba 36 segundos en firmar sus cheques, lo cual era demasiado lento. Esta era una meta lograble y específica, que podía ser alcanzada en dos semanas. Kate, a quien conozco por muchos años ya, tenía sus piernas paralizadas debido a una encefalitis. Ella podía utilizar algo de sus brazos pero no tenía ningún tipo de movilidad en sus extremidades inferiores. Además, ella sufría de disartria, por lo que podía hablar con dificultad debiendo comunicarse con un tablero de letras. Ella tenía a alguien que la visitaba en su casa para ayudarla, pero Kate sentía que la trataban como un cuerpo y no como una persona. Una de las metas para Kate fue entonces educar a sus cuidadores para tratarla como una persona y no un cuerpo. Como pueden darse cuenta, las metas son altamente idiosincráticas. Alguien puede querer volver a cocinar para sus amigos, o entender qué le está sucediendo, o poder cuidar a sus hijos mientras la esposa va a trabajar.

En la mayoría de los casos, luego de una lesión cerebral adquirida, las personas no logran recuperar al 100% las capacidades cognitivas previas. Sin embargo, siempre hay una alternativa para compensar por dichos déficits, para aprender alguna forma de recordar información o de resolver un problema. Un elemento central de la RN es ayudar a las personas a desarrollar habilidades compensatorias.

Algunos pacientes desean, y pueden, retornar a una actividad laboral remunerada. Lo ideal es que todas las personas puedan volver a trabajar, pero si esto no es posible la RN debe encontrar una alternativa para encauzar la vida productiva de las personas. Si el trabajo remunerado no es posible, otras opciones deben ser consideradas, como el voluntariado en tiendas de caridad o centros multiculturales.

Un equipo innovador y dedicado puede lograr todo esto sin muchos recursos, siempre que articule su trabajo en torno a los principios holísticos de la RN¹: trabajar con las familias, desarrollar un entendimiento común respecto a qué ocurre y cómo abordarlo (*shared understanding*), cultivar un ambiente terapéutico que transmita seguridad para expresar emociones y necesidades (*therapeutic milieu*), desarrollar estrategias de aprendizaje y habilidades compensatorias, todo esto en el contexto de metas significativas y funcionales. Me molesta mucho cuando ponen a pacientes frente a computadores y dicen: “esta es nuestra rehabilitación cognitiva”. Eso no es rehabilitación cognitiva. Puede ser una pequeña parte de la rehabilitación cognitiva, pero no vas a lograr rehabilitar a un paciente y a su familia, ni lograr que vuelva a trabajar, o que aprenda nuevas formas de lidiar con problemas de memoria, sentándolo frente a un computador.

Varios estudios se han enfocado en la efectividad de la rehabilitación holística. Por ejemplo, en un meta-análisis Keith Cicerone y colegas² reportaron que la rehabilitación holística puede mejorar la re-integración comunitaria, independencia funcional y proactividad, incluso en pacientes en fase crónica. Esta evidencia sugiere que nunca es demasiado tarde para iniciar la rehabilitación, aunque siempre es mejor comenzar lo antes posible, especialmente dentro de los dos primeros años. No obstante, en nuestro centro tenemos personas que llevan viviendo 25 años con una lesión ya que la adquirieron a los 5 años, cuando eran niños y nunca obtuvieron una rehabilitación apropiada. Luego llegan donde nosotros y nunca es tarde para aprender. La conclusión del estudio de Cicerone es que existe evidencia sustancial respecto a la efectividad de intervenciones para la atención, memoria, habilidades sociales de comunicación y funciones ejecutivas entre otras. En base a estos resultados, es que la rehabilitación neuropsicológica holista es recomendada para mejorar la participación post aguda y aumentar niveles de calidad de vida después de lesiones cerebrales moderadas o graves. Existe evidencia más recientemente

¹ Winson, R., Wilson, B. A., & Bateman, A. (Eds.). (2016). *The brain injury rehabilitation workbook*. Guilford Publications.

² Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., ... & Azulay, J. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(4), 519-530.

desde Holanda, donde Caroline van Heugten y colaboradores¹ realizaron un gran metaanálisis, revisando 95 estudios aleatorios randomizados entre los años 1980 a 2010, estudiando 468 pacientes en total. En este estudio se concluyó que existe substancial evidencia apoyando la eficacia de la rehabilitación cognitiva. Así que si necesitan evidencia para persuadir a las aseguradoras o proveedores de salud hay mucho ahí afuera.

En UK tenemos un gran equipo y un gran centro, pero el mayor problema que nunca terminamos de resolver es cómo conseguir fondos. Nuestros pacientes son cubiertos por el Servicio Nacional de Salud (NHS), pero es una constante pelea lograr cubrir los costos de la rehabilitación. Cualquier otro problema es pequeño en comparación con esta dificultad. Las aseguradoras no quieren financiar la rehabilitación aunque la evidencia existente sea de buena calidad.

Otro elemento importante de la RN hoy en día es el mayor uso de tecnología. No me refiero necesariamente a tecnología de punta. Un paciente puede por ejemplo utilizar post-its para escribir instrucciones respecto a cómo usar equipos electrónicos en el hogar. Es posible pegar etiquetas con información en objetos que se pierden regularmente, diciendo por ejemplo: “si usted encuentra esto, por favor devolver a don Francisco Parada. Teléfono de contacto 97453635353, dirección, etc”. Es posible utilizar otros métodos compensatorios, como por ejemplo teléfonos especiales (simplificados) para personas que sufren demencia, o teléfonos con botones grandes para personas con problemas visuales. Hay teléfonos donde cada botón tiene la foto de alguien importante en la vida de la persona (hija, doctor, asistente social). Así, si la persona quiere llamar solo debe apretar la foto de quien desea contactar y el teléfono automáticamente marcará dicho número. Esta es una forma de compensación muy simple pero muy útil².

Otra pieza de tecnología muy útil es el neuropage³. El neuropage, una especie de pager, fue primeramente diseñado para un joven estudiante de Estados Unidos que sufrió una lesión cerebral severa. Su padre era un ingeniero británico que trabajaba en California, quien junto a un neuropsicólogo inventaron un software para apoyar los problemas de memoria de su hijo y permitirle regresar a la universidad. Nosotros lo evaluamos luego para ser usado en el Reino Unido y ahora lo tenemos como un servicio para personas con lesión cerebral en diversas áreas del país. En un estudio piloto⁴ evaluamos a personas usando el neuropage en diversas partes del Reino Unido, agrupandolas al azar en una condición experimental -uso de pager (grupo A) y lista de espera (grupo B). ¿Cómo medimos la efectividad del neuropage? Les preguntamos a las personas qué necesitaban recordar diariamente, por ejemplo, tomarse un medicamento, alimentar al perro, prender el hervidor etc. Cada persona podía elegir sus propias metas. Luego hicimos listas donde pudiesen “chequear” cuando recordaban hacer esas acciones. Ahora, debido a que estas personas presentaban problemas de memoria, necesitábamos que alguien más chequeara sus listas. Así, algún familiar debía ir anotando las cosas, de forma de poder saber que la información era confiable y correcta. Durante la etapa inicial, que duraba un par de semanas para establecer un baseline, no se observaron diferencias entre los dos grupos en relación a concretar acciones de las listas. Sin embargo, luego de las dos semanas, el grupo con el pager (grupo A) mejoró notoriamente. Luego el grupo A devolvió el pager y este comenzó a ser usado por el grupo en espera (grupo B). Lo que observamos ahí fue que el grupo A retrocedió levemente en su mejora, pero continuó funcionando significativamente mejor que la línea base. Como es de esperar, el grupo B mejoró en su rendimiento también al comenzar a usar el pager. Estos resultados son muy emocionantes, ya que muestran que el pager puede ayudar a las personas a ser más independientes y reducir algunos de los problemas cotidianos de memoria. Como resultado, nuestro servicio nacional de salud lo adoptó como una intervención para personas en todas partes del Reino Unido. Es así que hoy tenemos por lo menos a 40 personas utilizando el pager, sin tener que pagarlo privadamente, ya que la autoridad de salud cubre dicho gasto. Es importante señalar que con los avances tecnológicos de hoy en día muchas personas pueden usar otras herramientas como

¹ van Heugten, C., Wolters Gregório, G., & Wade, D. (2012). Evidence-based cognitive rehabilitation after acquired brain injury: a systematic review of content of treatment. *Neuropsychological rehabilitation*, 22(5), 653-673.

² para una revisión sobre cómo entender el uso de tecnología en personas con demencia desde una perspectiva de la rehabilitación neuropsicológica ver: Fabricatore, C., Radovic, D., Lopez, X., Grasso-Cladera, A., & Salas, C. E. (2019). When technology cares for people with dementia: A critical review using neuropsychological rehabilitation as a conceptual framework. *Neuropsychological rehabilitation*, 1-40.

³ <http://www.ozc.nhs.uk/Neuropage.asp>

⁴ Wilson, B. A., Evans, J. J., Emslie, H., & Malinek, V. (1997). Evaluation of NeuroPage: a new memory aid. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 63(1), 113-115.

medios compensatorios, por ejemplo, calendarios en teléfonos móviles como google calendar¹. No obstante, aún hay personas con déficits más severos que no pueden usar estas aplicaciones, por lo que el pager es muy útil.

Previamente dije que la RN por definición considera la integración de varios modelos y teorías². Por ejemplo, modelos de funcionamiento cognitivo, modelos y teorías de aprendizaje, de emociones, de evaluación, de recuperación, de plasticidad, de compensación, de lingüística, etc. Si usáramos un solo modelo o teoría no llegaríamos muy lejos, porque la rehabilitación es compleja ya que los sobrevivientes de daño cerebral usualmente exhiben múltiples problemas cognitivos (atención, memoria, funciones ejecutivas, búsqueda de palabras, etc). Sin embargo, los sobrevivientes también presentan problemas no-cognitivos como ansiedad, depresión, trastornos de estrés post-traumático, déficits en habilidades sociales etc. De la misma forma, es muy poco probable que solo un modelo o teoría pueda ocuparse de todas estas dificultades. Y si uno se encuentra limitado por una sola teoría, yo creo eso lleva a prácticas clínicas poco satisfactorias. En 2002 intenté unir diferentes modelos debido a que me encontraba muy enojada con un psicólogo cognitivo particular que señalaba que todo lo que se necesita para lograr una buena rehabilitación era un solo modelo. Este psicólogo trabajaba en lenguaje, por lo que decía que para lograr una mejora en lenguaje se necesita sólo un buen modelo de lenguaje. Yo no estaba de acuerdo ¿Qué pasa con el estrés de los familiares? ¿Qué pasa con los problemas para volver al trabajo? Así que quise demostrarle que la rehabilitación es mucho más compleja que eso y desarrollé un modelo comprensivo de rehabilitación³, el cual consideraba múltiples factores.

Un modelo muy utilizado hoy en día en RN es el modelo con forma de "Y" (*Y-Shaped Model*) desarrollado por Gracey, Evans y Malley⁴. Lo que este modelo sugiere es que, para cualquier persona que sufre una lesión cerebral, hay un "viejo yo" (antes de la lesión) y un "nuevo yo". Usualmente las personas no quieren ser este "nuevo yo", y la diferencia que aparece entre el viejo y nuevo yo, puede conceptualizarse como una discrepancia del Self. Este modelo ha sido muy importante para orientar las terapias en el Oliver Zangwill Centre. Creo que estos modelos demuestran que los mayores beneficios de la rehabilitación cognitiva neuropsicológica están influidos por el uso de varios modelos y diversas teorías con respaldo científico. Modelos recientes enfatizan el problema que no podemos divorciar lo cognitivo de lo emocional/motivacional en RN, y que debemos enfocarnos en problemas de la vida real, dialogando con otras disciplinas. Debido a que nuestro trabajo es por definición multidisciplinario, con profesionales de diversas proveniencias, necesitamos modelos comunes.

En conclusión, la rehabilitación hace sentido tanto clínica como económicamente y requiere integrar modelos y teorías. La rehabilitación puede ayudar a las personas a compensar, apoyar o reducir problemas cotidianos, y de esta manera sobrevivir de forma más eficiente en sus ambientes apropiados

¹ McDonald, A., Haslam, C., Yates, P., Gurr, B., Leeder, G., & Sayers, A. (2011). Google calendar: A new memory aid to compensate for prospective memory deficits following acquired brain injury. *Neuropsychological rehabilitation*, 21(6), 784-807.

² Wilson, B. A. (1997). Cognitive rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5), 487-496.

³ Wilson, B. A. (2002). Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychological rehabilitation*, 12(2), 97-110.

⁴ Gracey, F., Evans, J. J., & Malley, D. (2009). Capturing process and outcome in complex rehabilitation interventions: A "Y-shaped" model. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19(6), 867-890.

Preguntas del Público:

Pregunta 1: Quisiera preguntar dos cosas. Primero por los costos de la RN y cómo abordar dicho asunto en un contexto subdesarrollado como Chile. En segundo lugar, quisiera preguntar respecto a los problemas que surgen entre profesionales, ya que este modelo depende mucho de la voluntad de cooperar con profesionales de otras disciplinas... de no imponer su mirada ¿Cómo se logró este cambio de mirada en su país?

BW: Ok, primero que todo, sobre los costos. Los costos en el Oliver Zangwill Centre son altos y usualmente cubiertos por familiares con ayuda del servicio de salud nacional. No obstante, cuando trabajé en el sistema público hice rehabilitación a pacientes de forma gratuita, ya que las personas recibían la rehabilitación como un derecho del estado. En estos contextos es posible realizar un tratamiento de RN a muy bajo costo. El ejemplo de Jill Winegardner es interesante aquí. Ella es una neuropsicóloga de nuestro centro que trabajó muchos años en Nicaragua, sin ningún tipo de apoyo financiero^{1 2}. Quiero decir con esto que las condiciones materiales son importantes, pero no excluyentes. Es posible realizar intervenciones a bajo costo si se siguen los principios que he señalado anteriormente³. Ahora, vamos al tema de cómo rompemos las barreras entre las distintas profesiones involucradas. Esto no funciona en todas partes la verdad. En el Oliver Zangwill centre este enfoque funciona porque yo he diseñado el servicio de esa manera y me he preocupado que sea parte de su ethos. Así, estructuré el funcionamiento del centro como una democracia, donde todos pueden opinar y comentar libremente si tienen algo que decir. En general, los principales profesionales que conforman los equipos son psicólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y el administrador -quien originalmente es un kinesiólogo. En otros lugares es difícil porque cada persona piensa "este es mi trabajo". Con la terapia cognitiva a veces sucede que el fonoaudiólogo piensa que es su trabajo. Otras veces el psicólogo piensa que lo emocional es su trabajo. La verdad es que no importa de quién sea el trabajo, con tal de que los profesionales sean buenos y trabajen para los objetivos del paciente. Hace un tiempo trabajé con Lucy Mclelland, de quien tomé la definición de rehabilitación. Ella no nos dejaba usar la palabra "rol", como "el rol del psicólogo" o "el rol del fonoaudiólogo" porque creía que causaba divisiones y la rehabilitación cognitiva es colaborativa, no divisiva. Pero aun así tenemos este tipo de problemas en algunos lugares.

Pregunta 2: ¿Qué tan importante es para usted y su equipo el tiempo transcurrido desde la lesión como criterio de indicación para su programa de rehabilitación?

BW: Bueno, no es importante para nosotros. La mayoría de las personas llevan al menos dos años desde la lesión, ya que han pasado por rehabilitación aguda, post-aguda, son dados de alta a sus casas y tratan de volver a trabajar o vivir de forma normal. Ahí es donde fallan y se les envía a nuestro centro. Así que nosotros no pensamos que es muy importante. No obstante, hay estudios realizados por Roger Wood reportando que parece haber mejores resultados si las personas comienzan la rehabilitación dentro de los dos primeros años⁴. Sin embargo, aún se puede mejorar y avanzar mucho si se comienza más tarde. Nosotros creemos que siempre es posible enseñarles a los pacientes a reducir los problemas de alguna forma.

¹ de la Cadena, C. G., Henríquez, J. L., Sequeira, E., Ojeda, A. L. C., De Obaldía, R., & Judd, T. (2009). La Neuropsicología en América Central. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9(2), 1-19.

² <https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-29/october-2016/montana-ely-california-and-nicaragua>

³ Para un abordaje sistemático sobre la RN en contextos con recursos limitados ver el libro: Balchin, R., Coetzer, R., Salas, C., & Webster, J. (2017). *Addressing Brain Injury in Under-Resourced Settings: A Practical Guide to Community-Centred Approaches*. Psychology Press.

⁴ Wood, R. L., McCreary, J. D., Wood, L. M., & Merriman, R. N. (1999). Clinical and cost effectiveness of post-acute neurobehavioural rehabilitation. *Brain injury*, 13(2), 69-88.

Pregunta 3: Quisiera pregunta sobre el trabajo que se realiza con familias de usuarios con problemas neuropsicológicos. ¿Reciben algún tipo de asesoría? ¿Algún tipo de psicoeducación? ¿Cómo se aborda el llevar a la casa a una persona con problemas cognitivos?

BW: Es una pregunta muy interesante. Hay distintas maneras. Primero, hay intervenciones donde nosotros terapeutas les enseñamos a las familias cómo y por qué su esposo o esposa ha cambiado. Explicamos entonces algunas cosas que la familia usualmente piensa que la persona con lesión cerebral hace a propósito, cuando en realidad no es así. Hay días en que realizamos actividades parecidas pero dirigidas a los niños. Esos días ellos vienen y juegan con juguetes. Hay incluso una terapia que involucra perros, la cual los niños adoran. Tenemos en el centro el día de “comprender la lesión cerebral” para las familias de los pacientes. Pero las familias pueden también hablar con los terapeutas, o con otras familias sobre lo que consideran particularmente difícil y encontrar ayuda de algún tipo. Este formato tiene la lógica de una asesoría. Si la situación es muy grave, la familia puede tener sesiones “uno a uno” con el neuropsicólogo de forma de que se le puede ayudar más específicamente con sus problemas. Así que todo depende bastante de los tipos de problemas que tenga cada caso. La mayoría de las familias son muy buenas y se apoyan entre ellas, pero hay algunas familias que son bastante difíciles y pueden sabotear el proceso de terapia. Por ejemplo, algunos familiares dicen que “no es trabajo del paciente acordarse de tomar su medicina, sino que es mi trabajo” o “no quiero que le hables de esas cosas a el/ella porque no quiero que piense en cosas negativas”. Así que a veces nos llegan familias difíciles, pero la mayoría de las familias son muy cooperadoras. De todas maneras, antes de que el/la paciente sea aceptado se hace un intensivo de dos días para saber si la familia es apropiada para el programa, y si tienen el interés de incluirse en el. Entonces, muchas de las discusiones importantes ocurren ahí con la familia, hay una gran entrevista familiar al principio y al final de los dos días de asesoría, donde uno de los psicólogos realiza una sesión de feedback a la familia señalando todo lo que observamos, si creemos que podemos ayudar, si debiésemos intentar obtener auspicio económico, si consideramos que hay algún otro centro al que puedan ir que sea más apropiado.

Pregunta 4: Yo quisiera saber ¿Quiénes integran este equipo? ¿Son sólo psicólogos? ¿Hay otros profesionales de la salud? ¿Cuentan por ejemplo con psiquiatras en el caso de que algún paciente requiere ayuda farmacológica?

BW: Bueno, tenemos un equipo de tres psicólogos, tres terapeutas ocupacionales, dos fonoaudiólogos y un kinesiólogo que trabaja con pacientes que tienen alguna dificultad física seria. No tenemos profesionales de la salud en el equipo. Y lo siento si hay algún doctor aquí hoy, pero yo armé el equipo de tal forma para que no tuviéramos la necesidad de un médico, porque creo que no logran, al menos en UK, comprender bien la democracia. Siempre quieren ser el jefe, lo lamento (risas). Yo sé que hay muchos buenos doctores, pero aún así sienten que deben ser los jefes del resto. Habiendo dicho eso, tenemos a un psiquiatra “visitante”, a quien derivamos pacientes. También derivamos ocasionalmente a una clínica de sueño, ya que a veces nuestros pacientes tienen problemas de sueño. Tenemos un neurólogo para consultar también. Generalmente cada paciente tiene su propio médico, aunque ya no están “médicamente” enfermos, solo necesitan esta reeducación.

Christian Salas: Además tu línea o modelo de trabajo se acerca más a un centro comunitario que a un hospital ¿no?

BW: Si, bueno, estamos asentados en un hospital, pero nuestros pacientes son “de día”, no se quedan con nosotros. Vienen cuatro veces a la semana, de las 10 am a las 4pm, de lunes a jueves. Y los llamamos clientes más que pacientes, ya que no son exactamente pacientes, no son pacientes de un hospital. A menudo, los mismos clientes hablan, del centro como si fuera un colegio o una universidad, dicen cosas como “tengo mi próxima clase ahora”. Esto es quizás debido a que el trabajo en grupo que realizamos funciona como un seminario, donde los clientes toman notas, tienen guías, presentaciones en power point, etc.

Pregunta 5: Hola, yo quisiera preguntar sobre el abordaje de los pacientes que no son conscientes de sus dificultades, sobre todo en pacientes que tienen un deterioro cognitivo leve-moderado o pacientes de alto funcionamiento a quienes les cuesta poder reconocer que tienen alguna dificultad. Sus familiares lo ven, sus terapeutas lo ven, pero ellos no.

BW: Bueno, si realmente no ven que tienen algún problema, entonces generalmente no vienen a rehabilitación, deben tener al menos algún grado de reconocimiento de que necesitan rehabilitación. Si es un paciente de alto nivel, con bajo déficit cognitivo, es generalmente más fácil trabajar con ellos, ya que son los más típicos en el Oliver Zangwill Centre. No obstante

estos pacientes igualmente deben lograr reconocer que no son exactamente como eran antes y para eso requieren una mínima capacidad de reconocer dicho cambio. Y el punto de que acepten esto es que quieran venir. No todos quieren venir al centro, y si no quieren venir lo más probable es que nunca lo hagan. Si tienen déficits muy graves probablemente no vengán al centro tampoco, irán a un centro especializado en pacientes de ese tipo, como es el centro Rafaél¹. Allí trabajo una vez a la semana con pacientes muy graves, pacientes que sufren por ejemplo de desórdenes de la conciencia, u otros problemas cognitivos severos. Pero cuando hablamos de pacientes de alto funcionamiento, como los que vemos en OZC, la mayoría de ellos aceptan que han cambiado, ya que fallan en el trabajo, y aceptan que necesitan un poco de ayuda. Es más típico que digan que no están tan mal como uno les dice que están. El grupo para entender la lesión cerebral² se enfoca bastante en eso, en lograr que desarrollen conciencia sobre lo que les pasa, y a veces reciben feedback de sus compañeros, otros pacientes, al respecto. Hay varios ejercicios que hacemos que les muestran que no están tan bien como ellos creían estar, siempre tratamos de hacerlo de manera amable y jamás de una forma confrontacional, siempre es a través de entrevistas privadas, o entrevistas de comportamiento, etc.

Christian Salas: Barbara, solo para expandir un poco en esta pregunta. Tu obviamente conoces que hay una línea de investigación que intenta ver si hay algunos tipos de intervenciones que mejoran la autoconciencia sobre lesiones cerebrales. ¿qué piensas de eso?

BW: Claro. Mucho de lo que hacemos se enfoca en mejorar la autoconciencia. En cada grupo se les asiste. Siempre hay alguien por ejemplo tomando notas si hay algún tipo de falla de la memoria. También utilizamos videos como feedback. Ben Yishay tiene ideas interesantes, sobre cómo mejorar autoconciencia³. Por ejemplo, el para trabajar la negligencia, que es la dificultad de poder captar estímulos del lado izquierdo, ponía alrededor de la mesa billetes de 50 dólares, y le pedía a la persona que recogiera todos los billetes que veía. La persona recogía los billetes obviamente de su lado derecho, y después Ben Yishay giraba la mesa y le mostraba como se había perdido 300 o 400 dólares. Dicho ejercicio permitía a algunos pacientes darse cuenta de que de verdad había un problema en la exploración del espacio.

Pregunta 6: Yo quería preguntar si tiene experiencia con pacientes con epilepsia porque estos son pacientes con dificultades muy muy variadas. Quisiera saber si es posible trabajar con ellos de de forma grupal también, por el tema de la reducción de costos y para abarcar mayor número de usuarios, .

BW: Bueno, muchos de los pacientes tienen epilepsia después de su lesión cerebral, pero no tienen epilepsia severa, tal vez una convulsión cada dos o tres meses. Hay centros especiales para pacientes con epilepsia, o con epilepsias más severas. La persona más cercana que conozco maneja uno de esos centros es Sallie Baxendale⁴, quien hace trabajo muy interesante, pero no estoy segura si utiliza terapia en grupo o no. Tenemos gran libro internacional de rehabilitación neuropsicológica⁵ donde Sallie Baxendale ha escrito el capítulo sobre epilepsia.

Pregunta 7: Yo quería preguntar que tipo de trabajo predomina en el centro, si el trabajo grupal con los pacientes o el trabajo individual. Otra pregunta que tenía era que se supone que en su modelo los terapeutas no tienen roles. Entonces ¿cómo lo hacen? ¿trabajan de verdad en conjunto? Por ejemplo ¿La psicóloga va a terapia ocupacional? ¿El fonoaudiólogo va al kinesiologo?

¹ <https://www.raphaelhospital.co.uk>

² ver Wilson, B., Bateman, A. & Evans, J (2010) The Understanding Brain Injury Group. In B. Wilson, F. Gracey, J. Evans and A. Bateman (eds.) *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome*. New York: Cambridge University Press.

³ Ben-Yishay, Y., & Diller, L. (2011). *Handbook of holistic neuropsychological rehabilitation: outpatient rehabilitation of traumatic brain injury*. Oxford University Press.

⁴ <https://iris.ucl.ac.uk/iris/browse/profile?upi=SABAX14>

⁵ Wilson, B., Winegardener, J. Van Heugten, C. & Ownsworth, T. (2017). *Neuropsychological Rehabilitation. The International Handbook*. London: Routledge.

BW: Bueno primero que todo, las primeras seis semanas tienen trabajos grupales por las mañanas. La primera semana es semana de introducción, la segunda es comprensión de la lesión cerebral, la tercera tiene un grupo sobre atención y funciones ejecutivas, después abordan las áreas de memoria, ánimo y comunicación. En los grupos hay un formato de tipo “clases expositivas” y ejercicios prácticos. Esto sucede por las mañanas, luego en las tardes tienen trabajo individual. Después de las seis semanas es casi todo trabajo individual. Durante esta fase los pacientes vienen sólo dos veces a la semana, y esto es solo para trabajo individual. Ya no hay trabajo grupal, excepto por un grupo que tenemos todas las mañanas llamado el grupo de comunidad donde todos se reúnen al comenzar el día. Ahora, aunque no utilizamos la palabra rol, claramente todos contribuimos. Por ejemplo, el grupo de comprensión de lesión cerebral puede ser liderado por un psicólogo, por un terapeuta ocupacional o por un fonoaudiólogo. Cualquiera de ellos está capacitado para hacerlo. Lo mismo pasa con el grupo de resolución de problemas. No importa quien esté a cargo. Pero para el grupo de comunicación, este grupo siempre es liderado por un fonoaudiólogo. Asimismo, el grupo de ánimo siempre lo imparte un psicólogo. Para los trabajos individuales cada persona tiene un especialista con quien trabaja y este puede ser cualquiera de los profesionales, quien funciona como un coordinador de caso (case manager). No obstante, si un paciente necesita reentrenamiento de su memoria trabajará con uno de los psicólogos o uno de los terapeutas ocupacionales especializados en ese tema. Así que en realidad no separamos drásticamente “mi trabajo” del trabajo de “los otros”, excepto cuando un problema específico demande a un profesional específico. Pero para mí lo importante es que quién está a cargo de un grupo entienda lo que está haciendo, así podemos deliberadamente romper estas barreras disciplinarias cuando es necesario.

Pregunta 8: Me gustaría preguntar si en el centro han existido casos de daño cerebral de niños o adolescentes. Quisiera saber cómo es el proceso de rehabilitación y cómo influyen los padres y procesos como el apego en la rehabilitación neurocognitiva infantil.

BW: Bueno, nosotros no tratamos niños en el OZC. El paciente más joven tiene 17 años. He visto a muy pocos niños en el pasado. Pero tenemos un centro de rehabilitación para niños en Cambridge que ha sido influido por el OZC¹. Conozco psicólogos que dicen que con los niños es distinto porque hay que tomar en cuenta el factor de desarrollo además de los factores de lesión cerebral. Usualmente a ellos no les gusta que nos involucremos con niños porque piensan que no estamos calificados o no tenemos suficiente experiencia. Creo que mucho del trabajo en Cambridge está enfocado en trabajar con las familias y los colegios. Cuando estaba partiendo como neuropsicóloga tuve que trabajar con niños con dificultades de aprendizaje, pero con niños con lesión cerebral debo decir que estoy fuera de mi área.

Pregunta 9: Tengo dos preguntas. La primera es ¿Tienes alguna experiencia con esclerosis múltiple? También me gustaría saber sobre los psicólogos que trabajan en OZC. Hasta donde entiendo todos son neuropsicólogos. ¿Tienen un enfoque psicológico específico, cognitivo o psicoanalítico, por ejemplo?

BW: Sobre la esclerosis múltiple. Yo no veo a esos pacientes, porque no vienen a nuestro centro ya que su enfermedad es progresiva. Pero en el Raphael Centre trabajo con la neuropsicóloga Anita Rose, quien es experta en esclerosis múltiple². Ella colabora con la Sociedad de Esclerosis Múltiple en Gran Bretaña y trabaja mucho en Sud África con el grupo de esclerosis múltiple. Respecto a la otra pregunta. Creo que Gran Bretaña funciona un poco distinto. Todos los psicólogos se entrenan en primer lugar como psicólogos clínicos, donde recibimos un entrenamiento general. Así, todos sabemos sobre salud mental en adultos, niños, terapia familiar, tercera edad, etc. Después, si obtienes un trabajo en neuropsicología, puedes especializarte por medio de ver pacientes y aplicando lo que sabes de psicología clínica. Sin embargo, existen cursos de especialización para los psicólogos que quieren especializarse en neuropsicología. Por ejemplo, el curso de neuropsicología clínica dirigido por John Evans en Glasgow³. Existen también cursos de especialización en neuropsicología clínica pediátrica en Londres⁴. En

¹ The Cambridge Centre for Paediatric Neuropsychological Rehabilitation. <https://www.cpkt.nhs.uk/CCPNR/>

² ver Rose, A. (2017) Multiple Sclerosis. In B. Wilson, J. Winegardener, C. van Heughten and T. Ownsworth (eds). *Neuropsychological Rehabilitation. The International Handbook*. New York: Routledge.

³ <https://www.gla.ac.uk/postgraduate/taught/clinicalneuropsychology/>

⁴ <https://www.ucl.ac.uk/prospective-students/graduate/taught-degrees/clinical-paediatric-neuropsychology-msc>

nuestro centro en particular nos gusta tener una persona altamente especializada en neuropsicología, quien de momento es Jill Winegardener, una colega de Estados Unidos que trabajó en Nicaragua. Tiempo atrás hice una encuesta a psicólogos británicos trabajando en rehabilitación de lesión cerebral en adultos. Una de las preguntas era: ¿Qué modelos psicológicos han influido en tu trabajo de rehabilitación? Interesantemente, la respuesta que tuvo mayor porcentaje no fue un modelo neuro, sino terapia cognitivo conductual. Yo estaba muy sorprendida, pero es posible entender dicho dato ya que a todos se nos entrena en ese enfoque.

Pregunta 10: ¿Por qué crees que es tan difícil conseguir fondos para rehabilitación o para incluirlo en políticas de salud?

BW: Al menos en el Reino Unido la razón es porque estas son personas que pueden vivir en sus casas y el servicio de salud no los considera como hospitalizados, por lo tanto no son un problema prioritario. En el Centro Rafael trabajo con pacientes más graves. Ahí no hay problemas para conseguir fondos del servicio de salud pública porque son pacientes que no pueden volver a sus hogares y deben ser internados. Pero en general nuestros pacientes con lesión cerebral son los “caminantes heridos¹”. Si no vienen a nuestro centro pueden quedar en casa, recibiendo cuidados psiquiátricos de forma ambulatoria. La familia puede estresarse mucho, pero para el servicio de salud no son un problema. Muchas de estas personas no reciben financiamiento para rehabilitación, a pesar de que sabemos que la rehabilitación tiene buenos resultados a largo plazo y le puede permitir a una persona vivir una vida normal.

Christian: Antes de terminar, Barbara, quisieras decirle algunas palabras al público.

BW: Bueno, tienen un país maravilloso...un vino fantástico. Estoy segura que les va a ir muy bien desarrollando servicios de rehabilitación. No tengan miedo de enfrentarse al sistema, tienen que estar preparados para pelear, he pasado toda mi carrera profesional peleando con alguien o algo. Recuerden que las personas más importantes son los pacientes, y estamos hablando de pacientes con lesiones cerebrales y sus familias. Nosotros debemos ayudarlos, pelear por ellos y lograr que mejoren. Buena suerte.

¹ Término comúnmente usado para referirse a persona con lesión cerebral adquirida, quienes parecen físicamente normales pero presentan déficits cognitivos, sociales y conductuales.