



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

**“Situación de discapacidad luego de
un traumatismo encefalocraneano”**

**Articulación teórico - clínica: presentación de un
caso clínico**

Estudiante: Agustina Cuadrado

C.I: 4.866.195-7

Tutora: Cecilia Madriaga

Revisor: Sergio Dansilio

Setiembre, 2020

Índice

Resumen	3
Introducción	4
1. Discapacidad	6
1.1 Modelo Social de la Discapacidad	7
1.2 Traumatismos encéfalo craneanos	9
2. Secuelas generadas por los traumatismos encéfalo craneanos	10
2.1.1 Alteraciones neuropsicológicas post TEC	11
2.1 Daños en las estructuras cerebrales post TEC	11
2.2.1 Lóbulo frontal	12
2.2 Funciones ejecutivas (FE)	13
2.2.2 Evaluación neuropsicológica de las FE y validez ecológica	13
2.2.3 Síndrome disejecutivo	14
2.2.4 Consecuencias del Síndrome Disejecutivo en la vida diaria de los pacientes	15
3. Presentación del caso clínico	16
3.1 Abordaje con el paciente	19
3.1.2 Estrategia de observación participante	21
Conclusión	25
Referencias Bibliográficas	27

Resumen

El avance en la comprensión respecto a la discapacidad, no es un proceso que se ha producido de manera aislada a las situaciones sociopolíticas, culturales y económicas de la época en la que vivimos. En nuestro país, estos avances se han producido abarcando múltiples escenarios respecto a la discapacidad. Más allá de esos avances, los factores causantes de la discapacidad, no detienen su evolución. Dentro de esos factores, se encuentran los traumatismos encéfalocraneanos (TEC), los cuales adquieren especial relevancia, por ser la principal causa de discapacidad a nivel mundial y por el impacto que provocan en las personas que sobreviven a los mismos. Este impacto se ve reflejado sobre todo por las consecuencias psicosociales que muchas veces sitúan a estas personas, en situaciones de discapacidad. El presente trabajo aborda desde el Modelo Social de la Discapacidad, la situación de discapacidad de un paciente, luego de sufrir un TEC grave. Ese abordaje se realiza en función de una instancia de observación participante buscando incorporar estrategias más ecológicas, (siendo ésta una actividad novedosa en el abordaje neuropsicológico de estos pacientes) en el marco de una práctica de graduación en el Departamento de Neuropsicología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, a cargo del programa de Neuropsicología y neurobiología de la Facultad de Psicología de la Udelar.

Introducción

La discapacidad engloba deficiencias y limitaciones en la actividad y en la participación de las personas, pero es sobretodo un factor de exclusión social para quienes la sufren. A su vez, es una experiencia única para cada ser humano, que comprende no solo la deficiencia o lesión, sino que también, incluye una combinación de factores personales, culturales y sociales que son los que de algún modo dificultan la posibilidad de tener una definición generalizada de discapacidad (Egea García & Sarabia Sánchez, 2001).

Desde el modelo social de la discapacidad (Palacios, 2007), que será el marco referencial de este trabajo, se plantea que, la discapacidad es producto de la existencia de barreras, (que pueden ser físicas o sociales), y que estas, se pueden ver por ejemplo, en la accesibilidad en las calles, en la falta de servicios de apoyo, así como también en los sistemas educativos y en actitudes discriminatorias hacia quienes padecen la discapacidad. Estas barreras ubican a la persona que tiene una diversidad funcional en una situación de discapacidad dentro de la sociedad. Las situaciones de discapacidad, se establecen como dificultades que se presentan para el desarrollo de actividades cotidianas en la vida diaria, y estas actividades están relacionadas con la participación social. Esto quiere decir que cuando una persona está en situación de discapacidad, es porque se le impide realizar las mismas actividades que las personas que no tienen ninguna discapacidad (Palacios, 2007).

Dentro de las causas más frecuentes de discapacidad, se encuentran los Traumatismos Encefalocraneanos (TEC), presentando secuelas que engloban en la mayoría de los casos, aspectos físicos, cognitivos, emocionales y comportamentales, que afectan la reintegración de las personas a las actividades de la vida diaria, tanto a nivel social y laboral, así como también familiar (Lorenzo & Fontán, 2004; Muñoz Céspedes, Tobal, Cano, 2000). En nuestro país los TEC constituyen un fenómeno de gran notoriedad por las consecuencias que generan tanto a nivel sanitario como a nivel socioeconómico, sobre todo en las franjas poblacionales más jóvenes (UNASEV, 2019).

Es por lo antes expuesto, que este trabajo pretende pensar a la discapacidad y sus consecuencias psicosociales, en relación con los TEC. Esa articulación se va a realizar mediante la presentación de una instancia de observación participante de un caso clínico, que da cuenta de su situación de discapacidad social, la cual es entendida como un modelo que a través de los aspectos integrales y sociales de la discapacidad, explica el proceso de exclusión social que se genera en la misma (Pisonero, 2007). La experiencia analizada se desarrolló en el marco de una práctica de graduación en el Departamento de Neuropsicología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, a cargo del programa de Neuropsicología y neurobiología de la Facultad de psicología de la Udelar.

Marco teórico

1. Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la discapacidad como un fenómeno complejo, que indica una relación negativa, que se produce por la interacción dinámica entre los estados de salud de una persona y sus factores contextuales (CIF, 2001). En nuestro país, la discapacidad es definida en el 2º artículo de la Ley No 18.651 de Protección Integral de Personas con Discapacidad (2010), donde se establece que: “Se considera con discapacidad a toda persona que padezca o presente una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental (intelectual y/o psíquica) que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”. La discapacidad está asociada a las enfermedades crónicas, las enfermedades infecciosas, y las lesiones (OMS, 2011). Esta definición tiene un marco conceptual atrás, en relación a diversos modelos que se han establecido a lo largo de la historia para definir a la discapacidad. El primero, es el denominado Modelo de Prescindencia, en él se considera que la discapacidad es causada por razones de origen religioso y las personas con discapacidad son asumidas como innecesarias porque sus vidas no aportan al crecimiento de la comunidad (Velarde, 2012). El segundo modelo, denominado Modelo Rehabilitador, se conceptualiza a la discapacidad como un déficit que imposibilita a que una persona pueda desarrollar sus actividades con “normalidad”. Desde este modelo, las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles o innecesarias, eso se produce siempre y cuando la persona sea rehabilitada, por lo que, lo que se busca es normalizar a las personas con discapacidad, más allá de las diferencias y deficiencias que estas puedan presentar (Mancebo, 2016). El tercer modelo planteado, es el Modelo Social o de barreras sociales. El mismo, refiere a que las causas de la discapacidad son originadas por la propia sociedad, también el modelo plantea que la persona con discapacidad puede a

pesar de sus diferencias, aportar a la sociedad como lo hacen las personas que no tienen discapacidades (Palacio & Bariffi, 2007).

Retomando la definición de discapacidad planteada por la CIF (OMS, 2001), es que se puede identificar que en cierto aspecto el modelo Social de la discapacidad es tomado en cuenta para esa definición. Esto se observa en que la misma está basada en la “integración” de los modelos Rehabilitador y Social con el fin de conseguir la incorporación de las diferentes dimensiones del funcionamiento, haciendo énfasis en las dimensiones bio-psico-sociales de la persona (p.,20). A pesar de ese intento de integración de ambos modelos y desde esa perspectiva holística del modelo de inserción bio-psico-social respecto a la discapacidad y sus barreras sociales, sigue predominando el modelo Rehabilitador por sobre el modelo Social. Esto ocurre porque aún se refleja un excesivo centralismo del individuo y de su deficiencia, siendo prioridad por sobre las barreras y limitaciones sociales que le genera la propia sociedad (Sánchez, Hernández e Imbernon, 2016). Se puede establecer que a partir de esa definición de discapacidad planteada por la CIF, se corre el riesgo de que la importancia del modelo social quede relegada y solamente se plasme teóricamente, pero a la hora de ponerlo en práctica, se haga más difícil por la diferencia epistemológica que existe entre dichos modelos.

1.1 Modelo Social de la Discapacidad

El avance en la comprensión respecto a la discapacidad, no es un proceso que se ha producido de manera aislada a las situaciones sociopolíticas, culturales y económicas de la época en la que vivimos. Es por esto que, en estas condiciones, han surgido diversos movimientos que se han originado y han sido producidos por las propias personas con discapacidad, en conjunto con sus familias, con el objetivo de manifestar que se sienten oprimidas y reclamar sus derechos (Maldonado, 2013). A partir de ese reclamo es que surge el modelo Social de la Discapacidad, en contraposición con los otros modelos

planteados, y se basa en que la discapacidad es una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad (Palacios, 2007). A su vez, la discapacidad en este modelo, es interpretada como el resultado de las barreras sociales o físicas. Estableciéndose de esa manera, que más allá de la propia diversidad funcional de la persona, hay ciertos elementos tanto del entorno físico como social de la misma, que limitan su vida. A esas limitaciones de la propia persona, se les denomina hándicaps. Esos hándicaps, se convierten en barreras sociales, cuando debido a ellos, la persona no tiene acceso a la educación. O queda relegada en los sistemas de comunicación, en los entornos de trabajo y en las estructuras de poder que constituyen a la sociedad (Barnes 2003; López González, M., 2006). A partir de lo mencionado anteriormente, surge la noción de persona con discapacidad en la cual se hace hincapié en esas limitaciones que le genera la propia sociedad. Se establece una diferencia entre lo que se denomina deficiencia, (establecida como la condición del cuerpo y de la mente) y lo que se denomina discapacidad, (las limitaciones sociales que se experimentan) (Palacios, 2007; Maldonado, 2013).

La UPIAS (1975), enfatizando en la diferencia entre deficiencia y discapacidad, establece que la deficiencia, sería la característica de la persona que consiste en la parte del cuerpo o de la mente, que no funciona. Mientras que, la discapacidad estaría compuesta por los factores de origen social, que limitan, restringen o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad. En este sentido, es indispensable introducir el término de persona en situación de discapacidad establecido por la ONU (2008) a través de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en donde se establece que las personas en situación de discapacidad son personas que, en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, entre otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad (ONU,2008). Un ejemplo de ello, es una persona que posee limitaciones con la marcha, pero posee los insumos (como rampas o sillas de ruedas), que le brinden el apoyo necesario, para poder sobrellevar sus limitaciones.

Es indispensable para la comprensión del modelo social de la discapacidad, identificar cuáles son las barreras que se le presentan a la persona. En particular, los factores sociales que muchas veces generan limitaciones más profundas que las de su propia diversidad funcional (Palacios,2007). Ejemplificando lo mencionado con anterioridad, Morris (1991) plantea que una incapacidad de hablar es una deficiencia, pero la incapacidad de comunicarse, es una discapacidad. Así como una incapacidad para moverse es una deficiencia, la incapacidad para salir de la cama porque no se dispone de la ayuda necesaria, vuelve a la dificultad motora una discapacidad. Partiendo de esa distinción fundamental, es que se aborda la situación de un caso clínico que será presentado en este trabajo, intentando articular estos conceptos con la particularidad que nos presentan los pacientes neuropsicológicos.

1.2 Traumatismos encéfalo craneanos

A los traumatismos encéfalo craneanos (TEC), se los define como una de las principales causas de discapacidad en las personas que los sufren y sobreviven a los mismos (Muñoz Céspedes *et al*, 2000; Lorenzo & Fontán, 2004; Gifre, Gil, Pla, Roig, Monreal - Bosch, 2015). La Asociación de Lesiones Cerebrales de América (2011), define a los traumatismos encéfalo craneanos: como “una alteración en la función cerebral, u otra evidencia de patología cerebral, causada por una fuerza externa” (Ponsford, Sloan, Snow, 2012, p.1). El TEC, se puede definir desde un punto de vista fisiopatológico, como la aplicación de energía al cráneo, las estructuras que contiene y las que lo envuelven. Esto determina desde alteraciones leves en la zona de impacto, hasta lesiones encefálicas de gran envergadura que generan grandes complicaciones en la vida diaria de los pacientes, dependiendo este resultado de la cantidad de energía aplicada así como el tiempo y forma de aplicación (Gordon - Firing, Pereda, Wajskopf, 2002).

Los TEC se distinguen entre abiertos (en donde existe ruptura del cráneo o de las láminas que cubren la duramadre), o cerrados (en donde no hay ruptura pero existen lesiones producto del impacto). Varían según la forma de la lesión entre focales y difusos (Ardila & Ostrosky, 2012; Arango, Premuda & Holguin, 2012). En nuestro país, la principal causa de TEC son los siniestros de tránsito. A través del informe de la Unidad Nacional de Seguridad Vial de 2019, se observa que las poblaciones de entre 20 y 24 años son las más afectadas. Esto permite visualizar el notorio impacto que genera esta problemática en nuestras poblaciones más jóvenes (UNASEV, 2019).

2. Secuelas generadas por los traumatismos encéfalo craneanos

2.1.1 Alteraciones neuropsicológicas post TEC

Los daños que se producen luego de un TEC son muy diversos y se relacionan directamente con las situaciones de discapacidad, es de esta manera, que la determinación del diagnóstico luego de los traumatismos encefalocraneanos es fundamental para el paciente, su familia y también para las personas que se encarguen de la recuperación del paciente (Muñoz, Lapedriza, Pelegrin & Tirapu, 2001). Dentro de las alteraciones que se pueden producir como consecuencia de un TEC, se encuentran las alteraciones cognitivas, siendo las más comunes, los déficits de atención, memoria, disfunción ejecutiva (De la Huerza, Vega, López, Sánchez- Carrión, Roig - Rovira 2004). Estas últimas, son las alteraciones que generan mayor interferencia en la vida diaria de los sujetos (Blázquez., *et al*, 2008). También provocan alteraciones emocionales, que les impiden su recuperación tanto social como laboral, por esta razón, se debe trabajar con estos pacientes a largo plazo, mediante el apoyo de los profesionales de la salud, incluyendo a su vez la rehabilitación cognitiva y social, y también el apoyo familiar (Azouvi, Arnould, Dromer, Vallat- Azouvi, 2017).

2.1 Daños en las estructuras cerebrales post TEC

El daño cerebral ocasionado por los TEC, genera también una serie de cambios estructurales, funcionales y fisiológicos en el funcionamiento de la actividad del sistema nervioso central dado que se comprometen varias funciones cerebrales, y es por esto que las manifestaciones neuropsicológicas que pueden surgir son diversas (Ginarte & Aguilar, 2002). Las lesiones producidas por TEC, no necesariamente se limitan a áreas determinadas y generalmente se establecen lesiones difusas de la sustancia blanca, las

cuales se denominan como lesión axonal difusa (LAD), esto se produce sobre todo en los traumatismos encéfalocraneanos producidos por siniestros de tránsito (Lagares, *et al*, 2006).

2.2.1 Lóbulo frontal

Cabe destacar que el daño cerebral provoca efectos que se extienden e interfieren con la función del lóbulo frontal, ésta característica refleja el papel de los lóbulos frontales como “centro” del sistema nervioso con un conjunto de conexiones con otras estructuras cerebrales (Ardila & Ostrosky, 2012). Es frecuente, que dichas estructuras de procesamiento se vean afectadas en gran parte de las situaciones que dan daño encefálico no difuso. Existen condiciones que pueden explicar esa frecuencia, desde la ubicación en la caja craneana y su exposición a las fuerzas de golpe-contragolpe, el patrón de conexiones (efectivamente relacionado a sus funciones en relación a la economía cognitiva y comportamental), el tipo de fibras generalmente comprometido en la lesión axonal difusa y las conexiones en las que ellas están involucradas. El lóbulo frontal es la estructura cerebral que se observa con mayor desarrollo en la especie humana, en comparación con otras especies de animales, este lóbulo, se encarga de poder integrar diversos estímulos, tanto internos como externos, y a su vez también se encarga de integrar la situación emocional en la que se encuentra el sujeto (Torralva T., Manes F., 2008). La región de mayor extensión dentro de los lóbulos frontales es la corteza prefrontal (CPF). Anatómicamente se localiza en las áreas más anteriores del cerebro, anterior a la corteza motora y premotora en los lóbulos frontales (Reyes-Sánchez y Slachevsky, 2008).

2.2 Funciones ejecutivas (FE)

Se le han atribuido a estas estructuras las conductas más complejas en los seres humanos, definiendo esas conductas como funciones ejecutivas (FE). Quien establece concretamente el concepto de funciones ejecutivas es Lezak (1982), quien al nombrarlas con ese término, hacía referencia a un conjunto de capacidades que estarían implicadas en la formulación de metas, en la planificación y en la correcta ejecución de la conducta. A su vez, estarían también implicadas en la motivación, la propia conciencia de sí mismo, el pensamiento abstracto, la iniciativa y la capacidad para proseguir y detener secuencias de un modo ordenado e integrado. Cabe destacar que las FE cumplen un rol fundamental en la regulación emocional. Se puede distinguir entre FE “frías” y FE “calientes” (Zelazo y Cunningham, 2007). Las FE “frías”, participan en situaciones que se relacionan con emociones neutras, en las que los problemas son relativamente abstractos. Mientras que, las funciones ejecutivas “calientes”, se encargan de mediar ante circunstancias de naturaleza predominante afectiva, es decir, cuando el individuo se encuentra involucrado con el asunto en cuestión. (Anderson, 2008).

2.2.2 Evaluación neuropsicológica de las FE y validez ecológica

Se entiende a la evaluación neuropsicológica como “la detección, cuantificación e interpretación de la disfunción cognitiva, conductual y emocional causada por anomalías en la estructura o función cerebral de un sujeto” (Labos, Perez, Prenafeta, Slachevsky, 2008). Las pruebas para la evaluación neuropsicológica presentan buena capacidad para medir algunos aspectos cognitivos específicos, sin embargo, poseen un problema de validez ecológica. Esto quiere decir que, más allá de medir su rendimiento cognitivo, el mismo, no necesariamente coincide con sus niveles de funcionamiento real en actividades de la vida diaria (Tirapu & Ustároz, 2000). Esto se observa en la evaluación de las funciones ejecutivas, en donde se generan grandes dificultades, dado que la evaluación de estas funciones, es realizada en un ambiente de consultorio diferente al de la vida diaria

de los sujetos (Torralva & Manes, 2008). Se observa que las pruebas que son aplicadas en el ámbito del consultorio, presentan por lo general escasos elementos distractores, y a su vez, el paciente recibe indicaciones de cómo debe realizarlas. Esto, es completamente diferente a lo que sucede en el contexto de la vida externa al consultorio del paciente, donde las situaciones se producen de forma espontánea, el paciente es quien tiene que planificar sus actos, resolver sus conflictos y manejarse de manera independiente sin un técnico que lo ampare (Tirapu-Ustárróz et al., 2002; Torralva, Manes, 2008). Un ejemplo para la evaluación de las funciones ejecutivas es la batería “Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADS)” la misma cuenta con un inventario de preguntas, dirigido a captar cambios del comportamiento de naturaleza ejecutiva en la vida diaria (Wilson, Burgess & Evans, 1996) ha sido desarrollada con el objetivo de correlacionar y emplear pruebas que se vinculan al desempeño ejecutivo en lo ecológico a su vez, tiene el objetivo de la rehabilitación neuropsicológica.

2.2.3 Síndrome disejecutivo

Las alteraciones frontales producen los denominados Síndromes Disejecutivos. Dansilio (2004) plantea que el Síndrome Disejecutivo es definido “como una perturbación funcional de aquellos procesos de naturaleza ejecutiva, que suele responder a un daño estructural de las áreas prefrontales o de sus conexiones” (p.231), los mismos serían: a) perturbación en la administración de los recursos atencionales, b) dificultad en la doble tarea y en la alternancia, c) dificultad para establecer o producir secuencias, d) dificultad en la inhibición de estímulos irrelevantes, e) perseveración, f) dificultad para resolver situaciones novedosas (Dansilio, 2004). Las características mencionadas con anterioridad, son de naturaleza cognitiva, pero el Síndrome Disejecutivo comprende a su vez elementos comportamentales (Lezak, 1982). Más allá de que existan consensos respecto a las características singulares del Síndrome Disejecutivo, la expresión clínica varía significativamente de un individuo a otro, pudiendo presentar particularidades para cada caso (Dansilio, 2004).

2.2.4 Consecuencias del Síndrome Disejecutivo en la vida diaria de los pacientes

Los déficits provocados por el Síndrome Disejecutivo se asocian a diferentes actividades que afectan la vida diaria de los pacientes, tanto profesional, académica, como socialmente. Es por esto que, la identificación de estos déficits es fundamental para determinar estrategias terapéuticas y para establecer el nivel de independencia que pueden lograr los individuos con síndrome disejecutivo (Borges *et al*, 2010). Se puede observar que el Síndrome Disejecutivo puede ser la causa de que el paciente presente conflictos a la hora de retornar a las actividades que realizaba con anterioridad, sin tener necesariamente un compromiso cognitivo en otras áreas, esto se puede observar, por ejemplo, en el retorno a su lugar de trabajo.

Por lo general, son los familiares o las personas que trabajan junto con el paciente, quienes refieren que el paciente no puede resolver problemas, tiene dificultades en marcarse metas o llevar a cabo una determinada secuencia de acciones orientadas a un fin, se pueden presentar dificultades a la hora de resolver cuestiones que muchas veces no requieren demasiada dificultad, que se presentan comúnmente en la vida diaria o en el trabajo. En este sentido se observa que frecuentemente existe una desarticulación entre lo teórico y lo práctico, en el sentido de que el paciente puede realizar las pruebas que se le aplican, en el consultorio, pero luego en la casa no puede realizar tareas similares (Dansilio, 2004; Ortiz , 2006).

3. Presentación del caso clínico

Para preservar la confidencialidad, aquellos datos que pudieran permitir la identificación del paciente fueron omitidos o modificados. La mayor parte de la información presentada a continuación fue extraída de un informe de evaluación neuropsicológica realizado al paciente en el Departamento de Neurología del Hospital Maciel el cuatro de Mayo del 2018. Otros datos que se presentan, provienen de entrevistas desarrolladas en el marco de un proceso de rehabilitación en el Departamento de Neuropsicología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. El mismo ha tenido lugar desde el día quince de Agosto del 2018, aunque actualmente se encuentra suspendido por la pandemia.

Paciente (CNR) masculino de 37 años de edad. De preferencia manual diestro. Culminó 7 años de escolaridad formal. Desempleado al momento de la evaluación (04/05/2018). Anteriormente se desempeñaba en tareas de albañilería. Ex tabaquista. Asmático sin internaciones por el asma. Protagonizó un siniestro de tránsito (01/12/2017) al colisionar contra un camión, siendo conductor de motocicleta (sin casco). Como consecuencia de dicho accidente sufrió un TEC grave con coma primario, del que se desconoce la duración. Internación en CTI durante 35 días. La tomografía computarizada (TC) de cráneo informó en ese momento:

Hemorragia subaracnoidea (HSA) de la convexidad parietal bilateral a predominio derecho; escasa cantidad de sangre a nivel de asta occipital izquierda, compatible con lesión axonal difusa (LAD). Componente amnésico retrógrado de meses. Fractura de pelvis y fractura de pie izquierdo. No consume ninguna medicación.

La exploración neuropsicológica que se le realizó en ese momento dió como resultado:

Tabla 1: Atención y Funciones Ejecutivas

Pruebas	Resultados		
Memoria a corto plazo			
Dígitos directo	5		Normal
Memorias a largo plazo			
Relato de 22 ítems (1) (Montevideo)	2.5 INM	0 DIF	Muy descendido
Relato de 22 ítems (2) (Barbizet)	6.5 INM	0 DIF	Muy descendido
Test de aprendizaje audioverbal	4,5,4,6,4		Descendido
Post interferencia	0		Muy descendido
Diferido	0		Muy descendido
Intrusiones	2		
Efecto recencia	Ausente		
Reconocimiento	13		Normal
Test de aprendizaje visuoespacial			
Total codificació			
Post Interferencia			
Diferido	17		Descendido
	3		Descendido
	3		Descendido

Tabla 2: Memorias

Pruebas	Resultados	
Dígito Inversión	3	Descendido
Trail Making A	84"	Tiempo en ejecución muy aumentado
Trail Making B	No se aplica por no manejo fluido del abecedario	
Stroop Visual Color test		
Neutro	69	Descendido
Congruente	35	Descendido
No congruente	24	Descendido
Interferencia	0.8	Efecto stroop no prolongado
Evocación por categorías semánticas		
Frutas/ Animales	10/11	Descendido
Evocación por categorías literales		
F/P	5/5	Descendido
Dígito – Símbolo	20p	Descendido (4 DE por debajo de la media)

Síndrome disejecutivo de entidad severa caracterizado por la reducción de la flexibilidad cognitiva y de la capacidad manipulativa de la memoria de trabajo, con compromiso de los sistemas de memoria a largo plazo. Gran aumento en los tiempos de procesamiento central. Dificultad en el procesamiento de la doble tarea y descenso en los flujos verbales. Se corresponde probablemente con la presencia de lesión axonal difusa, debiéndose correlacionar con neuroimagen. Se plantea entonces un deterioro cognitivo de causa postraumática. Si bien realiza pocas tareas actualmente, hay limitación en tareas instrumentales como el manejo del celular.

En la actualidad, se pueden observar notorias mejoras en el desempeño cognitivo del paciente, en particular en las funciones que presentaba más afectadas (planificación, secuenciación, uso de estrategias), en contraposición al estado general en el que ingresó al programa de rehabilitación del Hospital. Ese progreso, estuvo directamente relacionado con algunas causas como lo fueron, el breve tiempo que transcurrió entre la lesión (1/12/2017) y el comienzo de la rehabilitación (15/08/2018), así como también los aspectos referentes a la motivación del propio paciente, que al ser consciente de sus dificultades, mantuvo un compromiso en el proceso de la rehabilitación. Cabe destacar que ese desempeño fue evaluado hace un tiempo, ya que no se le ha realizado una nueva evaluación por la situación de pandemia en la que se encuentra nuestro país.

3.1 Abordaje con el paciente

Sobre lo planteado con anterioridad, es que se estableció un plan de rehabilitación para trabajar con el paciente CR. Ese plan, comenzó integrando estrategias de intervención mediante las cuales se utilizaron herramientas y se plantearon actividades para estimular y compensar las funciones relacionadas con las deficiencias que presentaba CR. Esas deficiencias estaban relacionadas con una reducción de la flexibilidad cognitiva y de la

capacidad manipulativa de la memoria de trabajo, teniendo comprometido a su vez los sistemas de memoria a largo plazo y también presentaba dificultad en el procesamiento de la doble tarea y descenso en los flujos verbales. A su vez, la planificación era una de las funciones más afectadas.. Estas dificultades, sumadas a los factores sociales que limitan e impiden al paciente CR su participación en la sociedad, se establecen como los aspectos que lo ubican en una situación de discapacidad.

Dada la evolución que el paciente CR presentaba en el proceso de rehabilitación, presentando notorias mejoras en los aspectos referidos a la flexibilidad cognitiva, la secuenciación, las actividades de doble tarea, así como también la planificación. Es que ese proceso comenzó a inclinarse hacia la rehabilitación vocacional y laboral (Premuda & Conti, 2011), tratando de reforzar las dificultades planteadas con anterioridad. Esa inclinación, respondió en parte al equipo de rehabilitación y también al paciente CR, quien manifestó en reiteradas oportunidades, la importancia de volver a retomar sus actividades laborales habituales, siendo siempre consciente de sus dificultades. El aspecto disejecutivo identificado en la evaluación, que afectaba la planificación fue trabajado específicamente, intentando realizar tareas vinculadas a los intereses del paciente. De esta manera, se llevaron a cabo diferentes actividades que estaban pensadas justamente para articular el trabajo sobre sus dificultades en relación al rubro en el que se desarrollaba el trabajo del paciente, como la planificación para el armado de muebles, la organización de herramientas, etc. También se trabajó sobre el uso del dinero para identificar la organización del paciente con sus gastos, y con el correcto manejo del dinero. Se buscaron estrategias para facilitar la búsqueda de ofertas laborales trabajando en la construcción de un curriculum vitae, y en la misma línea, se simuló una entrevista de trabajo formal, en la cual el paciente debía ir adecuadamente vestido, trabajando sobre su presentación simulando el mismo contexto de un ambiente laboral. Se trabajó también sobre la utilización del lenguaje adecuado que debía manejar en ese ambiente laboral. Se utilizaron herramientas para el entrenamiento en el uso de ayudas externas cuyo objetivo es reducir la participación de los procesos cognitivos afectados en la realización de las tareas o en las

actividades cotidianas (Muñoz, Lubrini, Periañez, Río - Lago, 2009). En el caso del paciente CR, esas ayudas externas fueron el uso del calendario en el celular, alarmas, aplicaciones de compra- venta, aplicaciones de mensajería, etc. Reforzando así uno de los objetivos primordiales de la rehabilitación neuropsicológica, que es lograr la mayor autonomía posible en el paciente, de manera segura y productiva (Sohlberg & Mateer, 2001). En muchas de las actividades se trabajó a través del lenguaje, siendo éste una fortaleza en el paciente, utilizado también como una ayuda externa para llevar a cabo esas actividades.

Luego de realizadas estas actividades y entendiendo la situación de discapacidad del paciente CR, es que a través de un proceso de evaluación entre el equipo de rehabilitación, se dictaminó realizar una instancia de observación participante, con el objetivo de poder evaluar mejor el funcionamiento del paciente en su ambiente ecológico. Esto se debió a que el paciente mejoraba en el consultorio pero en la vida diaria su avance se producía en menor medida. En este sentido es que algunos de estos pacientes, en particular aquellos que tienen déficits cognitivos leves y una buena conciencia de las limitaciones que poseen, es que tienden a evitar enfrentarse a situaciones en las que su nivel de competencia pueda ser cuestionado, generando de esa manera esa diferencia entre el consultorio y su ambiente ecológico (Tirapu Ustárroz, 2007).

Por lo tanto, se realizó esa actividad de observación participante para tener una evaluación integral de sus dificultades, evaluando los aspectos que no habían sido tenidos en cuenta hasta el momento, y así observar ecológicamente las barreras que se le presentaban sobre todo en los aspectos laborales sobre los cuales el paciente CR había hecho hincapié.

3.1.2 Estrategia de observación participante

La observación participante, establece que el trabajo de campo incluye tres actividades principales, la primera, está vinculada con una interacción social no ofensiva: en la que se pretende lograr que los informantes se sientan cómodos y de ese modo, ganar su

aceptación. El segundo aspecto trata sobre los modos de obtener datos: estrategias y tácticas de campo. Mientras que el último aspecto, involucra el registro de los datos en forma de notas de campo escritas (Taylor y Bogdan, 1984). A su vez, la observación participante es un método cuyo objetivo es recoger información, que requiere que el observador se implique con los acontecimientos observados, ya que permite obtener percepciones de la realidad estudiada (Rodríguez, Gil y García, 1996).

La observación participante consiste en la inserción del investigador en el interior de un grupo estudiado, tratando de dejar de lado prejuicios e integrándose en él para comprender mejor las significaciones culturales (Fagundes, *et al*, 2014). En general, se utilizan pruebas de escasa validez ecológica sobre los procesos implicados en el funcionamiento ejecutivo por las condiciones de trabajo alejadas de las circunstancias de vida real. Por lo que, resulta esencial identificar el impacto de los problemas que se ocasionan en la vida cotidiana (Verdejo y Bechara, 2010).

Para la actividad de observación participante que se llevó a cabo con el paciente CR, se solicitó el consentimiento informado del sujeto, en el cual se le explicó cuáles serían los objetivos de tal intervención. La actividad se llevó a cabo en el correr de un día se realizó con parte del equipo de rehabilitación, y consistió en acompañar al paciente durante un día de actividades habituales. Se procedió a observar cómo se desempeñaba el paciente CR en torno a sus actividades diarias, pero focalizando la atención en la forma en la que desempeñaba su trabajo. El mismo, estaba relacionado con la carpintería y el armado de muebles. Debido al desconocimiento en el tema del equipo que realizó la observación, CR narró los pasos a seguir, para realizar ese tipo de trabajo. Se logró observar, que a la hora de comenzar a realizar el trabajo, se lo veía desorganizado para llevar a cabo adecuadamente lo que había narrado. A la hora de realizar las tareas, comenzaba por una, como a cortar la madera, se distraía con algún factor externo, no la culminaba y proseguía por hacer otra tarea. Previamente se había podido evaluar en el consultorio que el paciente CR había mejorado en la función de la planificación, así como en el uso de estrategias y la secuenciación de tareas en lo que incluye a los aspectos teóricos de esas funciones, pero

en su vida diaria todavía le faltaba mejorar los aspectos involucrados en su ambiente ecológico. Los datos recogidos en esta instancia permitieron realizar ajustes en aspectos relacionados a su proceso de rehabilitación, que se vincularon en mayor medida con las necesidades reales del paciente, como retomar su trabajo, y las actividades que realizaba previamente al TEC.

En la concepción social de la discapacidad, se utiliza el término de “rampas”, éstas ofician como elementos de accesibilidad, para que las personas con discapacidad puedan desenvolverse dentro de la sociedad. De esta manera, si estas personas logran obtener las “rampas” que subsanen sus diversidades funcionales, lograrían desenvolverse y desarrollarse dentro de la sociedad superando de algún modo las barreras tanto físicas como sociales que se les imponen. En casos de situaciones de discapacidad como los del paciente CR, en las cuales sus dificultades se identifican dentro de situaciones que se producen en la vida diaria como las que se observaron en la instancia de observación participante, necesitan una “rampa” en la organización de sus tareas, en su desempeño con actividades cotidianas de índole sociales, requieren un nivel de accesibilidad difícil de compensar, siendo así indispensable la ayuda de un otro que oficie de “rampa”, que le establezca un plan de organización para el cumplimiento de actividades, que le ayude en el reforzamiento de las actividades que realiza adecuadamente, que le brinde herramientas para fomentar su autonomía, etc.

De esta manera, luego de haber realizado la actividad de observación participante con el paciente CR, se continuó trabajando en su proceso de rehabilitación hasta diciembre del año 2019. Siendo uno de los últimos aspectos trabajados, su inscripción en la Comisión Honoraria de Discapacidad. La inscripción en dicha comisión tuvo un gran significado emocional para el paciente, que al situarse en ese lugar, el lugar del “discapacitado”, afectaba tanto su autoestima, el lugar en el que se ubicaría socialmente, así como también su rol en los ámbitos en los que se hacía frecuente. Sin embargo, con el paciente CR se trabajó sobre esos aspectos que eran parte fundamentales del proceso para lograr su bienestar emocional y psicosocial. Al finalizar la práctica en diciembre de 2019, no teníamos

conocimiento de si habían admitido al paciente CR en dicha comisión. Hoy en día, dada la situación de pandemia, desde el equipo de rehabilitación se sigue en contacto con el paciente, quien manifiesta su interés por regresar a su proceso de rehabilitación.

Conclusión

A partir del caso clínico del paciente CR, y desde el enfoque de Discapacidad Social utilizado en este trabajo, es que se puede destacar que las barreras que se establecen desde los factores sociales, contextuales y ecológicos son las que ubican en situación de discapacidad a las personas con diversidad funcional. El caso del paciente CR, sirve para vislumbrar cómo muchas de las dificultades que presentan estos pacientes, no son observables a simple vista en la sociedad, siendo frecuentemente ignoradas. La actividad de observación participante que se llevó a cabo, permitió realizar un abordaje diferente para trabajar con este paciente, logrando ver lo que en el consultorio no se ve. Su importancia radica también en la gran innovación para la Rehabilitación Neuropsicológica, para poder integrar más aspectos a la hora de planificar la rehabilitación.

Es importante destacar también que, los costos producidos por los traumatismos encefalocranenos son extremadamente altos, sobretodo en términos humanos. Gran parte de las personas que sufren lesiones cerebrales por TEC no acceden a tratamientos de Rehabilitación Neuropsicológica, ya sea por desconocimiento, costos, u otros motivos, y las que lo hacen, tampoco tienen garantizada la recuperación en términos de una reinserción social real y sostenida. Esa situación, es la que genera la brecha social en donde estos pacientes, quedan relegados en situación de discapacidad.

Algo no menor a la hora de trabajar con estos pacientes, es la importancia que adquieren los equipos de salud, para que a través de ellos, en futuros trabajos que aborden estas temáticas, se aspire a fomentar la calidad de vida de estos pacientes, entendiendo la situación en la que se encuentran, de forma holística. Asimismo, es importante que se fomente la participación de profesionales que actúen como “rampas” para este tipos de pacientes,tales como los terapeutas ocupacionales que se ocupen de brindarles las herramientas necesarias para trabajar por un tiempo la independencia con estos pacientes, hasta que puedan realizar las actividades de manera independiente.

Por otra parte, es fundamental que el trabajo profesional y académico se oriente a desarrollar investigaciones que permitan mostrar este tipo de situaciones en todo el territorio nacional, con el objetivo de desarrollar estrategias de abordaje y de intervención que sean efectivas y eficaces. Además, se debe situar a esta temática en el lugar de importancia que le corresponde, a través de todos los actores sociales, para que desde el estado y desde la comunidad se pueda trabajar y participar de forma conjunta en el abordaje de la misma.

Consideramos limitaciones de este trabajo, la falta de una nueva exploración formal que no se pudo realizar por la situación de pandemia en la que se encuentra nuestro país y la falta de otra instancia de observación participante, a través de la cual se hubiera podido realizar alguna intervención específica.

Referencias Bibliográficas

- Anderson, P.J. (2008). Towards a developmental model of executive function. En Anderson, V., Jacobs, R., y Anderson, P.J. (Eds.), *Executive Functions and the Frontal Lobes. A Lifespan Perspective* (pp. 3-21). New York, USA: Taylor & Francis.
- Arango, J. C., Premuda, P., y Holguin, J. (2012). *Rehabilitación del paciente con traumatismo craneoencefálico: una guía para profesionales de la salud*. México D. F.: Trillas.
- Ardila, A., Ostrosky, F. "Desarrollo Histórico de las Funciones Ejecutivas" en *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, vol.8, n.1, 2008, pp.1-21
- Azouvi, P., Arnould, A., Dromer, E., & Vallat-Azouvi, C. (2017). Neuropsychology of traumatic brain injury: An expert overview. *Revue Neurologique*, 173(7-8), 461–472. doi:10.1016/j.neurol.2017.07.006
- Barnes, C (2003) *Disabled People in Britain and Discrimination. A case for Antidiscrimination Legislation*, Hurst and Company, London in association with the British Council of Organizations of Disabled People, United Kingdom, Third Edition.
- Blázquez-Alisente, J. L., González-Rodríguez, B., & Paúl-Lapedriza, N. (2008). Evaluación neuropsicológica. *Manual de Neuropsicología*, 33–56.
- Borges, M., Coutinho, G., Miele, F., Malloy-Diniz, L., Martins, R., Rabelo, B., & Mattos, P. (2010). Developmental and acquired dysexecutive syndromes in clinical practice: three case-reports . *Archives of Clinical Psychiatry*, 37(6), 295-300. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600007>
- Buller, I. (2008). Diagnóstico y rehabilitación neuropsicológica: En el contexto de la atención pública terciaria chilena. *Cuadernos de neuropsicología*, 2(1), 10-23. Recuperado en http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232008000100002&lng=pt&tlng=es

Dansilio, S. (2004). Síndrome disejecutivo y síndromes frontales. En Otero, J. L., y Fontán, L. (Eds), *Fundamentos de Neuropsicología Clínica* (pp. 231-240). Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR

De la Huerga, M., Vega, M., Aparicio-López, C., Sánchez-Carrión, R. & Roig Rovira, T. (2014). Una revisión de escalas de evaluación para medir el cambio de conducta debido a la lesión cerebral y el tratamiento de estos cambios. *Acción Psicológica*, 11 (1), 79-94. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/13878/12861>

Egea C, Sarabia A. *Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías..* Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad; 2001. Documento núm 58.

Fagundes, Magalhaes, Campos, Alves, Ribeiro, Mendes (2014). Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso Salud - Enfermedad. Extraído de: DOI: 10.4321/S1132-12962014000100016

García - Molina, A., Bernabeu, M., Roig, M.T., (2010). Traumatismo craneoencefálico y vida cotidiana: el papel de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, ISSN 0214-9915, Vol. 22, Nº. 3, 2010, pags. 430-435

Gifre (2015) *et al.* ¿Y después del accidente? Las necesidades psicosociales de las personas con traumatismo craneoencefálico y de sus familiares. Extraído de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.02.002>

Ginarte, Y. & Aguilar, I. (2002) Consecuencias neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Rev Cubana Med*, 41 (4).

Gordon - Firing, Pereda, Wajskopf . (2002). En Wajskopf, S., *Traumatismo encéfalo craneano*. Montevideo, Uruguay: Editorial Oficina del Libro FEFMUR.

- Labos, E., Pérez, C., Prenafeta, M. L., y Slachevsky, A. (2008). La evaluación en neuropsicología. En Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., Manes, F. (Eds.), Tratado de Neuropsicología clínica (pp.69-80). Buenos Aires: Akadia Editorial.
- Lagares, A., Ramos, A., Alday, R., Ballenilla, F., Pérez-Núñez, A., Arrese, I., Lobato, R.D. (2006). Magnetic Resonance in moderate and severe head injury: comparative study of CT and MR findings. Characteristics related to the presence and location of diffuse axonal injury in MR. *Neurocirugía*, 17(2), 105-118. Recuperado: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732006000200005&lng=es&tlng=en.
- Ley de protección integral de personas con discapacidad 18651.(Uruguay) Extraído de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>
- Lezak, M. D. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17(2-3), 281-297. Doi: 10.1080/00207598208247445
- López González, M (2006): "Modelos teóricos e investigación en el ámbito de la discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia personal", *Docencia e Investigación. Revista de la Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo*, año 31, nº 16.
- Lorenzo, J. & Fontán, L. (2004) *Fundamentos de la neuropsicología clínica*. Montevideo: Oficina del libro FEFMUR.
- Maldonado Victoria, J. El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Bol. Mex. Der. Comp.* vol.46 no.138 México sep./dic. 2013
- Mancebo Castro, M. (2016). el accionar colectivo en torno a la discapacidad en Uruguay. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 25(spe), 79-98. Recuperado en 21 de mayo de 2020, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-499X2016000200004&lng=es&tlng=es.
- Morris, J. (1996) (ed.), *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*, Narcea, Madrid.

Muñoz-Céspedes, J., Paúl-Lapedriza, N., Pelegrín-Valero, C., & Tirapu-Ustárroz, J. (2001). Factores de pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos. *Rev. Neurol.*, 32(4), 351-364

Muñoz Céspedes, Juan Manuel; Miguel Tobal, Juan José; Cano Vindel, Antonio. Evaluación de las alteraciones emocionales en personas con traumatismo craneoencefálico *Psicothema*, vol. 12, núm. 1, 2000, pp. 99-106. Universidad de Oviedo. Oviedo, España.

ONU (2008) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Extraído de: CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Organización Mundial de la Salud(OMS) (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud : CIF : versión abreviada, Versión abreviada. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>

Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Cinca, Madrid.

Pisonero, S. (2007). «La discapacidad social, un modelo para la comprensión de los procesos de exclusión». *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*, n.º 41, pp. 99-106

Ponsford, J., Sloan, S., & Snow, P. (2013). *Traumatic brain injury: Rehabilitation for everyday adaptive living*. (2nd ed.) East Sussex UK: Psychology Press

Premuda Conti, P. (2011.). *Rehabilitación vocacional de personas con discapacidad*. UR. FP.

Reyes-Sánchez, P., y Slachevsky, A. (2008). Anatomía funcional del córtex prefrontal y modelos. En Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., Manes, F. (Eds.), *Tratado de Neuropsicología clínica* (pp.329-338). Bueno Aires: Akadia Editorial.

- Ríos-Lago, M., Benito-León, J., Lapedriza, P., & Tirapu-Ustarroz, J. (2008). Neuropsicología del daño cerebral adquirido. In J. Tirapu Ustarroz, M. Rios Lago, & F. Maestú Unturbe (Eds.), *Manual de Neuropsicología* (pp. 307–335). Barcelona: Viguera Editores, S.L.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Sánchez, A. et al. (2016): “Estrategias metodológicas para el estudio de la inserción sociolaboral de las personas con discapacidad”, *Revista Española de Discapacidad*, 4 (I): 97-117.
- Sohlberg MM, Mateer CA. *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press; 2001
- Taylor y Bogdan (1984). “La observación participante en el campo”. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós. Ibérica
- Tirapu, J., Martínez, M., Casi, A., Albéniz, A., Muñoz, J.M.(1999). Evaluación de un programa de rehabilitación en grupo para pacientes afectados por síndromes frontales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25 (101), 405 – 428.
- Tirapu-Ustárroz, J., Muñoz-Céspedes, J. M., & Pelegrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Revista de neurología*, 34(7), 673-685
- Tirapu- Ustárroz (2007) *La evaluación neuropsicológica. Intervención Psicosocial*. Vol. 16 N.º 2 Págs. 189-211. ISSN: 1132-0559
- Torralva, T., Manes, F.,. (2005). Funciones ejecutivas del lóbulo frontal. *Revista de Psicología*, 1(2). Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) Centro de Estudios de la Memoria de Buenos Aires
- Union of Physically Impaired Against Segregation,(UPIAS) (1975). *Fundamental Principles of Disability*. Extraído de: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/UPIAS/UPIAS.pdf>

- Uruguay. Presidencia. Unasev (2019) Informe Anual Siniestralidad Vial 2019. Extraído de: <https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/datos-y-estadisticas/estadisticas>
- Velarde Lizama, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. Revista Empresa y Humanismo. / VOL XV / Nº 1 / 2012 / 115-136
- Verdejo García, Antonio y Bechara, Antoine. "Neuropsicología de las funciones ejecutivas" en Revista Psicothema, vol.22, n.2, 2010, pp.227-35.
- Zelazo, P. D., y Cunningham, W. A. (2007). Executive Function: Mechanisms underlying emotion regulation. En Gross, J. J. (Ed.), Handbook of emotion regulation (pp.135-159). Nueva York: The Guilford Press.

Anexos

Consentimiento Informado

Solicitamos tu consentimiento para una actividad de observación participante en un estudio sobre la importancia del entorno ecológico para la evaluación integral de los pacientes de las dificultades del paciente. El mismo será llevado a cabo por Camila Pérez, Juan Vidal y Agustina Cuadrado, estudiantes de grado de la Universidad de la República en el marco del trabajo final de Grado de la Licenciatura en Psicología (Facultad de Psicología), supervisado por la Lic. Cecilia Madriaga y la Lic. Yanina Blumstein (Facultad de Psicología).

Dejo constancia de haber leído la hoja de consentimiento informado de la participación en la actividad de observación participante sobre la importancia del entorno ecológico para la evaluación integral de las dificultades del paciente. Declaro además que se me brindó la posibilidad de hacer preguntas sobre esta actividad y que, de realizarlas, fueron respondidas de forma satisfactoria. He sido informado/a de que la participación es voluntaria, que los datos recabados serán confidenciales y que sólo serán manejados por el equipo de rehabilitación. Asimismo, he sido informado/a que podré retirarme de la actividad sin tener que dar explicaciones y sin que suponga ningún inconveniente. Por medio de la presente, acepto las condiciones acordadas en el documento.

FECHA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL RESPONSABLE

