

**Relación entre habilidades asertivas y reinserción
laboral en personas con daño cerebral adquirido
(DCA) moderado y severo: percepciones de
profesionales, familiares y usuarios con DCA.**

Pau Riera Serra

Tutor: Ignacio Cifre León

Universidad Ramón Llull

Grado en Psicología

Junio del 2015

Agradecimientos

En primer lugar, reconocer a la Entidad Trace la ayuda y los esfuerzos dedicados, en un trabajo que no podría haberse realizado sin su colaboración. Agradecer sobre todo a los usuarios, familiares y profesionales que han participado con sus respuestas y su tiempo en la elaboración de este trabajo. Por último dar mi más sincero agradecimiento a Lourdes Andreu, gerente de Trace, por la dirección, las sugerencias e ideas que me ha brindado en el curso de esta investigación.

Resumen

Las habilidades interpersonales podrían constituir un factor predictor de la reinserción laboral en personas con daño cerebral adquirido (DCA). Ante la relativa escasez de bibliografía al respecto en el presente estudio se pretendió determinar la influencia de la asertividad en la vuelta al trabajo de las personas con DCA. Con ese fin se construyó una encuesta y se evaluó con la Escala de Asertividad Rathus (E.A.R) adaptada por León & Vargas a un grupo de 15 personas con DCA moderado y grave, a sus profesionales (n = 5) y a sus familiares o cuidadores respectivos (n = 15). Los resultados indican que las percepciones de estas tres muestras poblacionales sobre la posibilidad de volver a trabajar (PVT) de las personas con DCA moderado y grave están relacionadas de forma positiva con el nivel de habilidades asertivas de la persona con DCA, revelado por el E.A.R. Por otra parte los resultados señalan que las habilidades asertivas de las personas con DCA moderado y grave tienen semejante o mayor grado de relevancia en la reinserción laboral de estas personas que otros factores destacados por la literatura; como el estado auto-reportado, el deseo de volver a trabajar, la edad, la categoría ocupacional del trabajo pre-mórbido o el nivel educativo de la persona con DCA.

Palabras Clave: daño cerebral adquirido (DCA), reinserción laboral, habilidades asertivas, factores predictores.

Abstract

Interpersonal skills could be a predictor of re-employment for people with acquired brain injury (ABI). Given the paucity of found literature about that issue in the present study it was intended to determine the assertiveness influence on the return to work of people with

ABI. With this purpose a group of people with moderate to severe ABI, and their professionals and familiars or caregivers, were evaluated with a constructed survey and with the Rathus Assertiveness Scale (R.A.S) adapted to Spanish by León & Vargas. The results indicate that the perceptions of these three population samples about the possibility of return to work (PRW) of people with moderate to severe ABI are positively related with the person with ABI assertiveness skills level, revealed by the R.A.S. Moreover the results indicate that assertiveness skills of people with moderate to severe DCA have similar or higher degree of relevance in the reintegration of these people that other factors highlighted by the literature; as self-reported status, the desire to work, age, occupational category pre-morbid work or education of the person with ABI.

Key Words: Acquired Brain Injury (ABI), job reinsertion, assertive skills, predictors.

Introducción

Los avances en el tratamiento a corto plazo del daño cerebral (en los servicios de urgencias o en la neurocirugía, entre otros) ha permitido que en los últimos años aumente considerablemente la tasa de supervivencia de las personas que sufren un daño cerebral (Yasuda, Wehman, Targett, Cifu, & West, 2001; Leung & Man, 2005). A pesar de todo, hay quien refiere que estos avances obtenidos en el ámbito biomédico no han sido seguidos por reformas suficientes en la red de los servicios sociales responsables de la rehabilitación y la reintegración social de las personas que sobreviven al daño cerebral (Defensor del Pueblo, 2006). Según la última Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (2008) son 420.064 las personas con daño cerebral adquirido (DCA) residentes en España (Quezada, 2011). El daño cerebral adquirido es un concepto clínico que engloba a diferentes etiologías y procesos que afectan al Sistema Nervioso Central (SNC), por lo que su clasificación y diagnóstico no carecen de dificultad (Castellanos-Pinedo, Cid-Gala, Duque, Ramírez-Moreno, & Zurdo-Hernández, 2012). Sin embargo es común a todas las personas que presentan un daño cerebral adquirido -sea debido a un accidente cerebro-vascular (ACV), un traumatismo craneoencefálico (TCE) u otras etiologías de DCA (anoxias, tumores o infecciones cerebrales, etc.)- que requieran de la atención y de los esfuerzos de especialistas para alcanzar una adecuada recuperación de funciones y una independencia diaria óptima (Hofgren, Esbjörnsson, & Sunnerhagen, 2010). Este es un lento proceso que puede alargarse varios años (Hoofien, Gilboa, Vakil & Donovickh, 2001). Consecuentemente la discapacidad de estos pacientes suele suponer una importante carga socioeconómica tanto para ellos, como para los familiares y la

sociedad en general (Mazaux et al., 1997; Andersen, Christensen, Kirkevold, & Johnsen, 2012).

Con frecuencia los cambios físicos, cognitivos y emocionales que experimentan las personas con DCA después de la lesión suelen dificultarles el regreso al trabajo pre-mórbido así como también les limita la posibilidad de encontrar un nuevo empleo (Yasuda et al., 2001; Doctor et al., 2005). Algunos estudios indican que los ratios de desempleo después de un DCA son significativamente más elevados que los de la población general (Doctor et al., 2005), hasta el punto que la pérdida del trabajo es considerada una de las consecuencias más comunes asociadas al DCA (Hackett, Glozier, Jan, & Lindley, 2012). Según Gilworth, Phil, Cert, Sansam y Kent (2009) el trabajo sirve para un gran número de funciones, incluido la contribución al sentido de la identidad personal y el favorecimiento de una vida satisfactoria. Asimismo se ha evidenciado que la reinserción laboral de las personas con DCA conlleva un importante conjunto de beneficios a nivel personal, familiar y social (O'Neill et al., 1998; Daniel, Wolfe, Busch, & McKeivitt, 2009). Entre ellos destacan el incremento en la participación comunitaria de las persona con DCA, una mejora en su autoestima y su bienestar psicológico, una mayor estructuración del tiempo libre, una mayor independencia financiera y una menor utilización de la asistencia gubernamental (Johnstone, Vessell, Bounds, Hoskins, & Sherman, 2003; Johansson & Tham, 2006). Del modo opuesto, las personas con DCA que no pueden regresar al mundo laboral tienden a presentar peores resultados a nivel psicosocial, una menor reintegración en la comunidad y una mayor dependencia económica (Kreutzer et al., 2003). En este sentido parece ser que las consecuencias del desempleo afectarían más negativamente a las personas con un DCA que a la población general (Keyser-Marcus et al., 2002). Por

lo mencionado hasta aquí, podemos comprender que la vuelta al trabajo después de un daño cerebral suele ser considerado un resultado muy relevante a la hora de estimar la eficacia de la rehabilitación (Johnstone et al., 2003). Análogamente volver a realizar un trabajo retribuido supone el objetivo último de muchos de estos procesos de rehabilitación (Hofgren et al., 2010; Rietdijk, Simpson, Togher, Power, & Gillett, 2013). Ahora bien, aunque cada vez tenemos más datos acerca de qué factores influyen en la rehabilitación profesional de las personas con DCA, varios autores (Johansson & Tham, 2006; Hofgren et al., 2010) sugieren que, por otro lado, las distintas definiciones utilizadas en los estudios del concepto “trabajo”, la ambigüedad etiológica del DCA y la variedad de los periodos de rehabilitación hacen que resulte complicado establecer respuestas definidas y fiables a esta cuestión.

Uno de los interrogantes planteados sobre la vuelta al trabajo de las personas con DCA es el de cuántas de estas personas consiguen realmente volver a trabajar. Por un lado Shames, Treger, Ring y Giaconto (2007) establecieron que no es factible alcanzar resultados muy precisos ni fiables a esta pregunta. No obstante manifestaron que los porcentajes de reinserción laboral aumentaban considerablemente cuando se dedicaban los esfuerzos suficientes y apropiados para su rehabilitación profesional. Al final llegaron a estimar que entre el 12% y el 70% de las personas que habían sufrido un traumatismo craneoencefálico conseguían volver a trabajar. Por lo que respecta a las personas que habían sufrido un accidente cerebro-vascular (ictus) con un consecuente DCA, Daniel, Wolfe, Busch y McKeivitt (2009) concluyeron que las proporciones de regreso al trabajo variaban en una media del 44%. Finalmente, en un estudio sistemático (Van Velzen, Van Bennekom, Edelaar, Sluiter, & Frings-Dresen, 2009a) se determinó que dos años después del daño cerebral un 39'3% de las personas con DCA

no traumático pudieron volver al trabajo, mientras que entre las personas con DCA traumático un 40'7 % volvía a trabajar en un año, y un 40'8 % dos años después del daño cerebral. En general se concluyó que un 40% de personas con DCA (traumático y no traumático) pudieron volver a trabajar después de un año o dos. Cabe matizarse que la mayoría de los datos analizados en estas revisiones provienen de investigaciones llevadas a cabo en países desarrollados (Feigin, 2007) en los cuales los servicios e infraestructuras sanitarias, sociales y el mercado laboral son diferentes a los de los países en desarrollo (Hofgren et al., 2010); por consiguiente los resultados señalados no son extrapolables a todos los países (Feigin, 2007).

Con el objetivo de aumentar el número de personas con DCA reinsertadas al mundo laboral, en las últimas décadas se ha prestado mucha atención a los factores que condicionan tanto positiva como negativamente dicho reingreso (Van Velzen, Van Bennekom, Edelaar, Sluiter, & Frings-Dresen, 2009b; Tyerman, 2012). La información de estos factores nos ofrece por un lado la posibilidad de dar respuestas más aproximadas a las dudas e incertidumbres de los familiares y pacientes, y por otro lado nos permite establecer un plan de rehabilitación profesional más minucioso y personalizado (Shames et al., 2007). Actualmente son cuantiosos los factores estudiados que se hallan asociados a la vuelta al trabajo de las personas con DCA. Sin embargo se ha comprobado que no todos estos factores tienen semejante grado de evidencia y vinculación con la posibilidad real de volver o no al trabajo (Keyser-Marcus et al., 2002; Stergiou-Kita, Dawson, & Rappolt, 2011; Tyerman, 2012; Cancelliere et al., 2014). En la revisión sistemática de Stergiou-Kita et al. (2011) se identificaron y clasificaron los factores estudiados en la literatura comprendida entre el 1996 y el 2009 acerca de la reinsertación laboral de las personas con traumatismos craneoencefálicos

(TCE). Estos factores se diferenciaron según: las características demográficas de la persona (edad, género, estado civil, raza, etc.), el historial personal anterior a la lesión cerebral (situación social, estado psicológico, el nivel educativo, la ocupación, etc.), los factores personales relacionados con la lesión (gravidad de la lesión, tipo, mecanismo del daño, síntomas presentes, patrones de recuperación, duración de la hospitalización, etc.), los factores personales posteriores a la lesión cerebral (estado físico, neuropsicológico y cognitivo; estado psicosocial, estado funcional, etc.), los factores ocupacionales y, finalmente, los factores ambientales (factores económicos, factores del lugar de trabajo, apoyo social, etc.). Teniendo esta clasificación como marco de referencia, en la literatura consultada para este estudio algunas de las variables que facilitarían mayores predicciones sobre la vuelta al trabajo de las personas con DCA serían: la edad (Kreutzer et al., 2003; Machamer, Temkin, Fraser, Doctor, & Dikmen, 2005; Hofgren et al., 2010), el nivel educativo (Keyser-Marcus et al., 2002; Doctor et al., 2005), el estado psicosocial y psiquiátrico anterior a la lesión (Glozier, Hackett, Parag, & Anderson, 2008), la motivación por volver a trabajar (Van Velzen, Van Bennekom, Van Dormolen, Sluiter, & Frings-Dresen, 2011), la categoría y complejidad ocupacional antes y después del DCA (Leung & Man, 2005), y los apoyos sociales e instrumentales disponibles (Sale, West, Sherron, & Wehman, 1991; Kreutzer et al., 2003; Rubenson, Svensson, Linddahl, & Björklund, 2007). En relación a las categorías ocupacionales se determinó que las personas con traumatismos craneoencefálicos que ocupaban puestos de trabajo gerenciales o profesionales tenían tres veces más probabilidades de volver a trabajar que las de ocupaciones manuales o no cualificadas (Walker, Marwitz, Kreutzer, Hart, & Novack, 2006). Por otro lado factores como el estado neuropsicológico y cognitivo de la persona tras la lesión cerebral (Bootes &

Chapparo, 2002; Avesani, Salvi, Rigoli, & Gambini, 2005; Leung & Man, 2005) o el estado auto-reportado (la auto-valoración, las quejas subjetivas, etc.) (McCrimmon & Oddy, 2006) también evidencian una fuerte relación con la vuelta al trabajo de las personas con DCA. Asimismo, un estudio que realizó entrevistas a personas con daño cerebral adquirido estimó que, según éstas, el factor más limitante percibido a la hora de volver a trabajar era la apatía (Van Velzen et al., 2011).

Mientras que se ha realizado una considerable investigación acerca de factores cognitivos y neuropsicológicos -como la atención o la memoria- (Bootes & Chapparo, 2002), factores emocionales (Mateer & Sira, 2006) o variables ambientales (Stergiou-Kita, Dawson, & Rappolt, 2009) que condicionan la reinserción laboral de las personas con DCA, y con TCE o ACV, existen menos estudios centrados en revisar la influencia que podría ejercer la competencia interpersonal de estas personas en la posibilidad de volver al trabajo (Ojeda et al., 2000; Hofgren et al., 2010). En esta línea algunos autores afirman que deberían realizarse más investigaciones sobre esta variable (Hofgren et al., 2010) y que habría que prestársele una mayor atención de cara a los procesos de rehabilitación (Sveen, Mongs, & Røe, 2008). A modo de ejemplo es de interés señalar que en la mencionada revisión de Stergiou-Kita et al., (2011) solamente se encontraron dos estudios que discutiesen esta posible asociación: uno que investigaba la relación entre las habilidades interpersonales y la pérdida de trabajo de personas con traumatismos craneoencefálicos (TCE) (Sale et al., 1991); y un segundo, que exploraba si la competencia interpersonal auto-reportada (mediante el *Patient Competency Rating Scale*) y la posibilidad de volver a trabajar un año después del TCE eran vinculables (Sveen et al., 2008). Tanto el trabajo de Sale et al. (1991) como el posterior de Sveen et al. (2008) indican que las habilidades sociales y emocionales sí permitían predecir

significativamente la vuelta al trabajo o al estudio. Por otro lado, en el artículo de Yasuda et al. (2001) se cita a Parente, Stapleton y Wheatley (1991), una investigación sobre estrategias prácticas para la rehabilitación profesional de personas con traumatismos craneoencefálicos que exponía que mediante el entrenamiento en *role-playings* y el desarrollo de habilidades interpersonales y de asertividad, se revelaban resultados altamente efectivos. Así lo manifestaba también el estudio de Keough y Fisher (2001) que recomendaba incluir el entrenamiento de habilidades de afrontamiento, de interacción entre los trabajadores, de habilidades de asertividad y de solución de problemas en los procesos de rehabilitación de los pacientes con DCA. Debe advertirse que estas recomendaciones parten y se fundamentan en el conocimiento de las dificultades que llegan a experimentar las personas con DCA a la hora de relacionarse con otras personas, sea por problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual (Ojeda et al., 2000; Keough & Fisher, 2001; Mateer & Sira, 2006).

En la misma dirección que estas investigaciones, el presente estudio considera que el regreso al mundo laboral exige una competencia interpersonal o unas habilidades sociales suficientes como para que el trabajador –tenga DCA o no- pueda hacer frente a la complejidad de las interacciones y retos que suele suponer el trabajo en equipo (Klein, DeRouin & Salas, 2006). De este modo se plantea la existencia de cierto vacío en la literatura que investigue las relaciones entre el reingreso en el mundo laboral y las habilidades sociales de la persona con DCA. En concreto, en este estudio se pretende dilucidar si existe alguna relación entre la posibilidad de volver a trabajar y la asertividad de la persona con DCA. Es necesario aquí definir que el comportamiento asertivo es un concepto desarrollado inicialmente por Wolpe en el 1958 (Caballo, 1983) y que actualmente se halla estrechamente relacionado con el de “habilidades sociales”,

aun con ciertas connotaciones específicas. Asimismo parece ser que no existe una definición ampliamente acordada entre los expertos de qué significa la asertividad (Caballo, 1983). Aun así podríamos aceptar la definición que establecen Alberti y Emmons según la cual el concepto de asertividad es aquel “comportamiento que permite a una persona actuar en su propio interés, a valerse por sí mismo sin excesiva ansiedad, a expresar honestamente sus sentimientos con comodidad, o a ejercer sus propios derechos sin negar los de los demás” (Alberti & Emmons, 1974, p.2; citado en Caballo, 1983).

A partir de este trabajo pretendemos determinar y comprender si la asertividad puede facilitar o no la reintegración al mundo laboral de las personas con DCA. En esta investigación se plantea en primer lugar la existencia de una concordancia entre las percepciones de las personas con DCA, de sus profesionales, y familiares, sobre la asertividad de la persona con DCA, así como de su posibilidad de volver a trabajar. En segundo lugar se considera que la percepción -por parte de los profesionales, de los familiares y de los mismos usuarios con DCA- de una alta asertividad de la persona con DCA es un factor que predice positivamente la posibilidad de que ésta vuelva al mundo laboral. También se cree que una más alta asertividad de la persona con DCA correlacionará de forma positiva con la recomendación profesional de una posible vuelta al trabajo de la persona con DCA. Finalmente se formula la hipótesis según la cual las habilidades asertivas de la persona con DCA predicen de forma más significativa la posibilidad de volver a trabajar -percibida por los profesionales- que otros factores estudiados por la literatura consultada.

Método

Participantes

Con el fin de contrastar las hipótesis mencionadas se seleccionó una muestra formada por personas con daño cerebral adquirido moderado y severo, sus familiares o cuidadores principales, y los profesionales de rehabilitación del centro en el que asisten regularmente (Asociación Catalana de Traumatismos Craneoencefálicos y Daño Cerebral, TRACE), situado en Barcelona. Las personas con DCA habían recibido el alta hospitalaria por su lesión entre 17 años –el máximo- y 3 años –el mínimo ($\bar{X} = 8,73$; $DV = 4.079$). No se hizo ninguna distinción entre las diferentes etiologías del DCA. Se aceptó cualquier sujeto que reuniese los siguientes criterios de inclusión: (1) que tuvieran entre 16 y 65 años; (2) que estuviesen diagnosticados con daño cerebral adquirido; (3) que tuviese suficiente conocimiento de la lengua española o catalana como para poder ser entrevistados; (4) que hubieran trabajado antes del DCA; (5) que no tuviesen déficits o secuelas lo suficientemente graves como para no poder expresarse con claridad; (6) que fueran apropiados para una posible rehabilitación profesional según la opinión de la gerente del centro (una terapeuta ocupacional); (7) que tuviesen familiares o cuidadores principales dispuestos a colaborar. En total la muestra estaba formada por 17 usuarios del centro TRACE que reunían dichas características. De estos 17 usuarios sólo 15 fueron finalmente incluidos en la investigación dado que los familiares de dos usuarios tuvieron problemas para prestarse a colaborar y consecuentemente tuvieron que ser excluidos. De estos 15 usuarios, había 13 hombres y sólo 2 mujeres. Por otro lado la edad de estos usuarios oscilaba entre los 32 y los 59 años ($\bar{X} = 45.20$; $DV = 8.67$).

Respecto a los familiares y cuidadores principales (n = 15) mencionar que fueron escogidos a partir de los usuarios; no hubo ningún criterio de inclusión o exclusión para éstos. Del mismo modo, los profesionales que colaboraron en la investigación en principio fueron seleccionados a partir de los usuarios. En TRACE cada usuario tiene un tutor responsable, que le realiza un seguimiento y un programa denominado “Programa de desarrollo personal” (PDP). Por estas razones los profesionales se seleccionaron según fuesen los tutores de los usuarios escogidos; esto se realizó bajo el razonamiento de que los tutores son los que más información disponen de sus usuarios, y consiguientemente podían ofrecer respuestas más acertadas que los demás profesionales de la empresa. Sin embargo esto no siempre fue así dado que algunos tutores admitieron que otros profesionales conocían mejor que ellos a su tutorizado. En estos casos (3 de los 15) se aceptó que los profesionales no tutores realizasen las pruebas concernientes a los respectivos usuarios. Por último mencionar que un mismo profesional o tutor podía realizar las pruebas de varios usuarios, por lo que finalmente sólo fueron 5 los profesionales que colaboraron en la investigación.

Materiales y diseño:

Las pruebas que se administraron a todos los participantes (usuarios con DCA, familiares/ cuidadores, y profesionales) consistían en una encuesta y la adaptación española de la “Escala de Asertividad de Rathus” (E.A.R) (Rathus, 1973) de León y Vargas (2009). La encuesta fue construida con el objetivo principal de controlar las variables que según la literatura consultada podían condicionar el proceso de reinserción laboral de las personas con DCA. Sin embargo en la encuesta no pudieron incluirse todos los factores relevantes según la literatura porque algunos de ellos requerían

información que no nos era accesible (como el estado neuropsicológico o el estado psicosocial pre-mórbido del usuario, entre otros). Por otra parte a partir de la encuesta también fueron recogidas algunos datos demográficos relevantes. Además se añadieron preguntas destinadas a determinar el grado en que usuarios, profesionales y familiares veían razonable la vuelta al trabajo de la persona con DCA. En total las encuestas presentaban de 18 (en el caso de las personas con DCA) a 15 preguntas (en el caso de los profesionales y familiares). Algunas preguntas variaban según si la encuesta iba dirigida a la persona con DCA, a los familiares o a los profesionales. La encuesta presentaba un formato de respuesta múltiple que variaba desde tres únicas opciones de respuesta hasta catorce. También había preguntas cuya respuesta venía determinada por una escala Likert.

Por otro lado se administró la Escala de Asertividad Rathus (E.A.R) (Rathus, 1973) adaptación de León y Vagas (2009). Esta escala permite evaluar el constructo de la asertividad a partir de 30 ítems que puntúan de -3 (“Muy poco característico de mí”) a +3 (“Muy característico de mí”), sin incluir un posible resultado de cero. Es una escala cuyo tiempo de administración se sitúa alrededor de los 10 minutos, y que está destinada a toda la población en general. La escala presenta una fiabilidad test-retest moderada alta ($r = 0.78$; $p < 0.01$) y una fiabilidad media ($r = 0.77$; $p < 0.01$) y una validez satisfactorias ($r = 0.70$; $p < 0.01$) (Rathus, 1973). Debe tenerse en cuenta que en el caso de los profesionales y los familiares esta escala fue ligeramente adaptada con el fin de facilitar la consecución de los objetivos de la investigación. Como se detallará más adelante, los resultados de la Escala de Asertividad Rathus siempre tenían que ofrecer informaciones sobre la persona con DCA, fuese esta escala completada por los mismos usuarios, por los profesionales o por los familiares/cuidadores de éstos. Así

pues, como la escala Rathus está construida para ser respuesta en primera persona (por ejemplo: “Muy característico de mí” o “Poco característico de mí”), en el caso de los familiares/cuidadores y profesionales, estas opciones de respuesta fueron adaptadas a la tercera persona para facilitar así el proceso de contestación (“Muy característico de él” o “Poco característico de él”).

Procedimiento

Una vez seleccionada la muestra de población que iba a participar en la investigación y una vez acordado un calendario para administrar las pruebas a usuarios y familiares, se iniciaron los procesos de recolección de información. Habitualmente se comenzaron realizándose en primer lugar las reuniones con las personas con DCA, luego con los familiares y finalmente con los profesionales. Aun así, en algunos pocos casos el proceso de administración de pruebas se produjo de diferente modo por razones de organización del tiempo. Las reuniones con usuarios y familiares se realizaron en distintos espacios del centro TRACE. En este sentido se intentó disponer siempre de las condiciones ambientales (silencio, luz, comodidad, etc.) adecuadas para estos procedimientos. Por otro lado las pruebas administradas a los profesionales se pasaban de forma continuada a estas reuniones, o cuando éstos disponían de tiempo para su formalización. El proceso de administración de pruebas fue muy semejante en los tres casos. En primer lugar se informaba a los usuarios, familiares y profesionales sobre las pretensiones y requerimientos de esta investigación. Se les aducía a partir de un consentimiento informado del carácter anónimo y confidencial de los resultados, sujetos únicamente a fines de investigación. Luego, una vez firmado y completado este documento, se

les insistía en la necesidad de responder lo más honestamente a las preguntas de las pruebas que seguidamente se les iba a administrar. Se procedía entonces a completar las encuestas –que eran diferentes para cada grupo encuestado. Las preguntas y posibilidades de respuesta de las encuestas fueron, por múltiples motivos, leídas en voz alta, tanto para las personas con DCA, como para los familiares/ cuidadores de éstos. Leerlo en voz alta permitía asegurar la comprensión de las preguntas, así como regular el tiempo dedicado a cada cuestión. En el caso de los profesionales se les licitó realizarlo a partir de su lectura y respuesta escrita, estando el encuestador presente por si aparecían dudas. Cuando se completaban las encuestas se seguía con la administración de la Escala de Asertividad Rathus. Esta escala también fue leída en voz alta en el caso de los usuarios y de los familiares, y respondida por escrito por parte de los profesionales. Como hemos señalado en el anterior apartado, esta prueba siempre fue administrada teniendo como objeto de evaluación las habilidades asertivas de la persona con DCA. Es decir, aunque fuese administrada a los familiares/cuidadores o a los profesionales se les hacía saber de antemano que debían responder a los ítems de esta prueba como si fuesen la persona con DCA referente; eso es, a partir del conocimiento que disponían de dicha persona. Este proceso a veces suscitó dudas y confusiones. Sin embargo para la formalización de este estudio fue necesario superar estas dificultades. Por ello se realizó la descrita adaptación de primer a tercera persona de las respuestas de la escala Rathus. Por otra parte también fue fundamental que antes de iniciarse su administración se asegurase que familiares/cuidadores y profesionales comprendían el procedimiento de “identificación con la persona con DCA” que debían realizar para responder a esta

escala. En cualquier caso se es consciente que esta modificación de la “Escala de Asertividad Rathus” supone una de las limitaciones presentes en este trabajo.

Resultados

Una vez corregidos los resultados de la “Escala de Asertividad Rathus” (EAR), administrada a usuarios con DCA, a los familiares o cuidadores principales, y a los profesionales de la empresa TRACE, éstos se introdujeron como variables en una base de datos del IBM SPSS Statistics Versión 20 para ser analizadas. También se introdujeron como variables las respuestas obtenidas a partir de las encuestas realizadas a cada muestra de población. De este modo la base de datos se dividió según los factores fuesen relativos a los usuarios con DCA, a los familiares o cuidadores, o los obtenidos por parte de los profesionales. A continuación se realizó un análisis de la normalidad de los factores que se pretendían estudiar. Con ese fin se aplicó en cada caso las pruebas de Kolmogorov-Smirnov, de chi-cuadrado y binominal, de una sola muestra, obteniendo en la gran mayoría de casos resultados de normalidad que permitían el análisis paramétrico de los factores necesarios para contrastar las hipótesis planteadas.

Datos demográficos

Se procedió luego a generar los datos demográficos (ver tabla 1) de las personas con DCA a partir de estadística descriptiva (se hicieron medias, desviaciones típicas y proporciones). A partir de este análisis vemos que el tipo de DCA que más prevalece en la muestra son los traumatismos craneoencefálicos, seguidos por los accidentes cerebro-

vasculares. También se observa que una proporción importante de la muestra (73,8%) ha realizado estudios iguales o superiores a la educación secundaria obligatoria (E.S.O). Por otro lado la profesión laboral más común entre los usuarios es la relacionada con las ocupaciones de servicio, y luego las que requieren de una especialidad profesional. Finalmente vemos que la mayoría de los usuarios que conforman la muestra (80%) reciben una pensión por Gran Invalidez.

Concordancia de resultados

Para determinar si los resultados obtenidos a partir de la “Escala de Asertividad Rathus” (EAR) de los usuarios con DCA, los familiares o cuidadores y los profesionales tenían concordancia entre ellos se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson. Las correlaciones se realizaron de forma entrecruzada entre las distintas poblaciones a fin de determinar la concordancia de resultados. A partir de este análisis se observa que la correlación de resultados más estrecha es la existente entre los resultados del E.A.R. de los usuarios y de los profesionales ($r = 0.867$; $p < 0.01$). En general vemos que existe una correlación significativa entre la percepción de las habilidades asertivas – convertidas en variables cuantitativas a partir del E.A.R. – de los usuarios con DCA, los familiares/ cuidadores y los profesionales (ver tabla 2). La correlación de estos resultados nos da pie a considerar que la percepción de los familiares y profesionales sobre las habilidades asertivas del usuario es congruente con la asertividad real de éste (evaluada a partir de E.A.R), es decir, que estas muestras poblacionales suelen percibir adecuadamente las habilidades asertivas de la persona con DCA.

Tabla 1.

Características demográficas de la muestra de personas con DCA (N=15)

Edad media (\bar{X}) \pm DT	45.20 \pm 8.67
Rango ((x(k) – x(1) = R)	60-32 = 28
Media de años desde el DCA \pm DT	8.73 \pm 4.079
Género (%)	
Hombre	86.7
Mujer	13.3
Etiología del DCA (%)	
TCE	46.7
ACV	33.3
Otras	20
Nivel educativo (%)	
Primaria	6.7
Secundaria (ESO)	20
Formación profesional Media	6.7
Bachiller o FP Superior	33.3
Grado universitario	26.7
Máster universitario	6.7
Categoría de trabajo pre-mórbido (%)	
Ejecutivo, administrativo y/o gerencial	6.7
Especialidad profesional	20
Técnicos y/o apoyo relacionado	6.7
Ventas	20
Ocupaciones de servicio	26.7
Operador de máquinas, montadores o inspectores	13.3
Transportadores de materiales	6.7
Grado de Incapacidad (%)	
Incapacidad Absoluta	80
Gran Invalidez	

DCA (daño cerebral adquirido), TCE (traumatismo craneoencefálico), ACV (accidente cerebro-vascular).

NOTA: se han trasladado los niveles educativos de las distintas legislaciones tomando como referencia los de la legislación educativa actual (LOMCE) (“Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa”, 2013).

Por otro lado se realizó el mismo proceso de análisis estadístico para contrastar la hipótesis según la cual la posibilidad de volver al trabajo (PVT) era percibida por las tres poblaciones de forma similar. Se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson de forma entrecruzada sobre dichas variables. En este caso se demuestra que también existe una congruencia significativa entre los resultados (ver tabla 3). Y del mismo modo que con los resultados de la E.A.R., la correlación más fuerte encontrada se da entre la percepción de la PVT de los usuarios y la de los profesionales ($r = 0.807$; $p < 0.01$). Estos resultados nos indican que la percepción de la PVT tiende a ser coherente entre las muestras poblacionales encuestadas.

Tabla 2.
Correlaciones entre los resultados de la “Escala de Asertividad Rathus” (EAR) de los usuarios con DCA, los profesionales y los familiares

Resultado EAR Usuario – Profesional	.867**
Resultado EAR Usuario – Familiar/Cuidador	.781**
Resultado EAR Familiar/ Cuidador– Profesional	.774*

Tabla 3.
Correlaciones entre las percepciones de la posibilidad de volver a trabajar (PVT) de los usuarios con DCA, los profesionales y los familiares

Respuesta PVT Usuario – Profesional	.807**
Respuesta PVT Usuario – Familiar/Cuidador	.638**
Respuesta PVT Familiar/Cuidador – Profesional	.687*

Abreviaciones: DCA, daño cerebral adquirido.
NOTA: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Asertividad, posibilidad de volver a trabajar y recomendación del profesional

En este estudio se formuló la hipótesis según la cual la percepción (de los tres grupos poblacionales incluidos en este estudio: profesionales, familiares/ cuidadores y los mismos usuarios) de unas altas habilidades asertivas en la persona con DCA supondría un factor de predicción positivo en la posibilidad de volver a trabajar (PVT) de las personas con DCA. Con el objetivo de dilucidar esta hipótesis se aplicaron correlaciones bivariadas de Pearson sobre las variables que nos permitían esclarecer dichas relaciones: los resultados de la “Escala de Asertividad Rathus” (E.A.R) y la respuesta de la encuesta que incidía en la posibilidad de volver a trabajar (PVT). Ambas variables fueron analizadas y correlacionadas des de los datos de cada una de las muestras de población encuestadas, eso es, los resultados del E.A.R de los usuarios, familiares y profesionales con la PVT percibida por los usuarios, familiares y profesionales, respectivamente. A partir de este análisis se determinó que existe cierta correlación entre los resultados de la E.A.R de los usuarios y la posibilidad de volver a trabajar percibida por ellos mismos ($r = 0.631$; $p < 0.05$). Aún más estrecha es la correlación hallada entre los resultados del E.A.R de los profesionales y su percepción sobre la posibilidad de volver a trabajar (PVT) de los usuarios ($r = 0.839$; $p < 0.01$). También correlacionan significativamente los resultados de los familiares y cuidadores sobre estas mismas variables ($r = 0.748$; $p < 0.01$). A partir de estos resultados se podría afirmar que como más alta sea la puntuación obtenida por la E.A.R. (todos referentes al usuario) más de acuerdo se está en la percepción de PVT de la persona con DCA (ver figura 1). Por otro lado, como en la primera hipótesis se ha evidenciado que los resultados del E.A.R y de la percepción de PVT de las tres muestras poblacionales encuestadas presentaban correlaciones significativas, entonces es lícito apuntar que, en

general, la presencia de una mayor asertividad o percepción de ella (evaluadas mediante el E.A.R) se vincula de forma positiva con la posibilidad de volver a trabajar (PVT) percibida.

Por otra parte, se planteó también como hipótesis secundaria la consideración según la cual una mayor asertividad de la persona con DCA permitiría predecir positivamente la recomendación de reinserción laboral por parte del profesional. Con este fin se realizó mediante el IBM SPSS Versión 20 una t-Student para muestras independientes sobre estas dos variables.

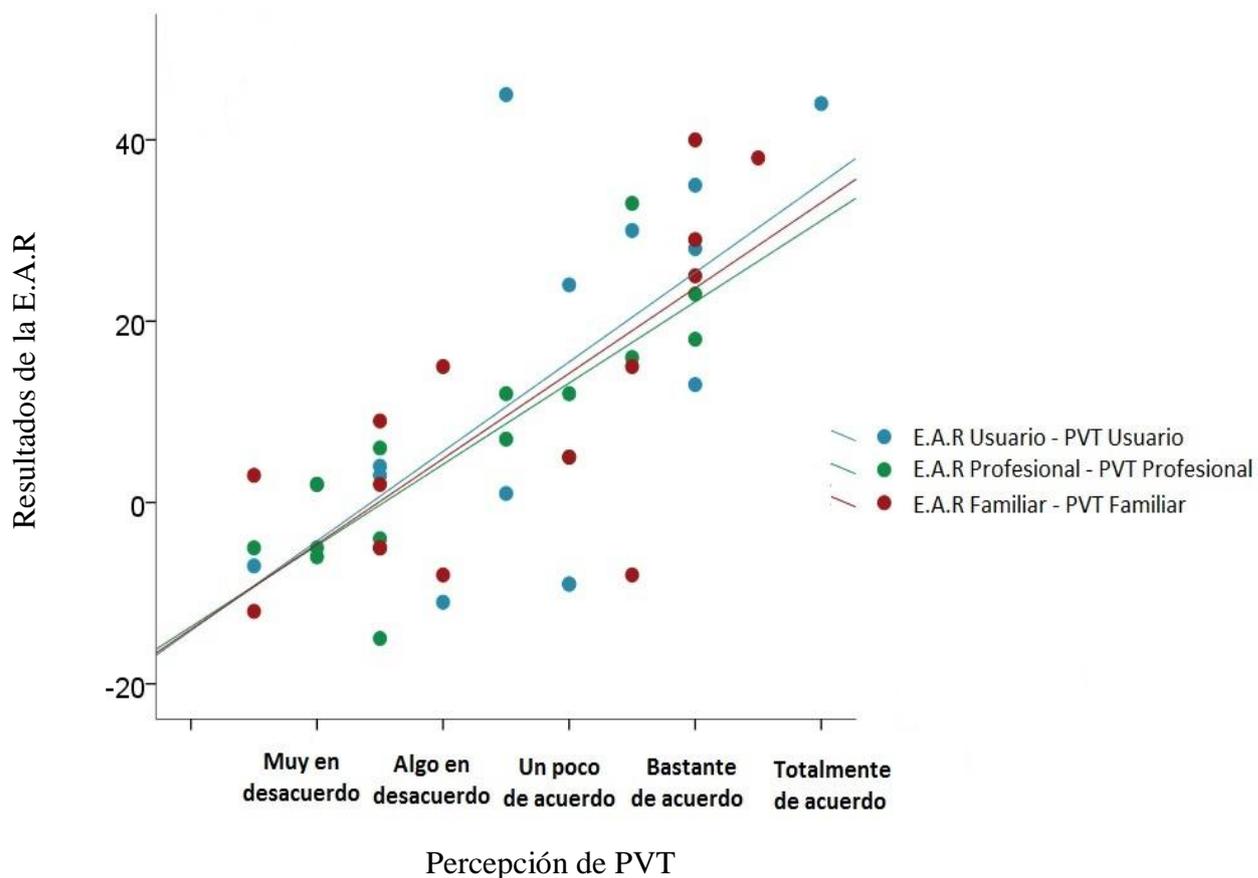


Figura 1. Correlaciones entre los resultados de las “Escala de Asertividad Rathus” (E.A.R) administradas y la posibilidad de volver a trabajar (PVT) percibida en cada muestra poblacional.

A partir de esta operación se obtuvo que la media de las puntuaciones de la E.A.R de las personas con DCA que los profesionales sí recomendarían ($n = 6$) –en ciertas condiciones y dependiendo del lugar de trabajo- era de 31.50, mientras que la media del E.A.R de los usuarios que no recomendarían ($n = 9$) se situaba en una puntuación de 0.44. En total los resultados de la t-Student señalaban que existía una relación significativa entre los resultados de la E.A.R del usuario y la recomendación del profesional para que éste volviese a trabajar ($t(13) = 4.725$; $p < 0.001$).

Las habilidades asertivas entre factores predictores de la reinserción laboral.

En la introducción se han expuesto los principales factores que según la literatura consultada permitirían predecir la reinserción laboral de las personas con DCA (factores como la edad, el nivel educativo, el estado psicosocial o psiquiátrico pre-mórbido, la categoría ocupacional pre-mórbida, etc.). En base a este conocimiento en el presente estudio se planteó la hipótesis según la cual las habilidades sociales de la persona con DCA serían un factor que predeciría de forma más significativa la posibilidad de volver a trabajar (PVT) –percibida por los profesionales- de las personas con DCA que algunos de estos factores. Con el fin de verificar este supuesto se introdujeron preguntas sobre estas variables en las encuestas y posteriormente se realizaron operaciones estadísticas (correlaciones de Pearson y la t-Student para muestras independientes) para determinar si correlacionaban con la posibilidad de volver a trabajar (PVT) del usuario según la percepción del profesional. Se escogió la percepción de PVT del profesional como variable de contraste de los otros factores bajo la consideración que, posiblemente, los profesionales son - de las tres muestras poblacionales- los que mayor conocimiento tendrán de las condiciones requeridas para

volver a trabajar de las personas con DCA. Se es consciente que esta suposición no está fundamentada por ningún estudio y consecuentemente representa una limitación a la hora de comprobar dicha hipótesis. No obstante más arriba se ha demostrado que la percepción de la PVT de profesionales, de los familiares/cuidadores, y de los usuarios correlacionan significativamente. En consecuencia se considera que esta limitación metodológica se reduce en cuanto la PVT percibida por los profesionales guarda una fuerte relación de equivalencia con la PVT según usuarios y familiares. Los factores incluidos en esta investigación fueron: la edad, el nivel educativo, la categoría del trabajo pre-mórbido (diferenciándose entre trabajo no cualificado / manual, o gerencial / profesional), el deseo de volver a trabajar de la persona con DCA, el nivel de apoyo percibido según la persona con DCA y según los familiares, y la apatía del usuario según familiares y profesionales. Como se ha mencionado más arriba, no todos los factores destacados por la literatura pudieron ser incluidos en este estudio. No obstante los resultados obtenidos manifiestan que existen diferencias entre las correlaciones realizadas sobre los factores estudiados (ver figura 2). En los resultados se evidencia que el estado auto-reportado por el usuario, es decir, la percepción del usuario sobre su propio estado físico y psíquico, es el factor más significativo en la predicción positiva de la posibilidad de volver a trabajar (PVT) -según la opinión del profesional- ($r = 0.878$; $p < 0.01$). Por otro lado, la variable que correlaciona de forma más significativa con la imposibilidad de volver a trabajar según este estudio sería la edad; cuanto más edad menor es la PVT percibida por los profesionales ($r = -0.672$; $p < 0.01$). En este marco se observa que la correlación entre el resultado del E.A.R del usuario y la PVT según el profesional es significativa de forma positiva ($r = 0.843$; $p < 0.01$). En este sentido se acepta la hipótesis planteada en cuanto dicha correlación es más fuerte y

significativa que otras señaladas por la literatura consultada; como la relación entre la PVT y el deseo de volver a trabajar del usuario ($r = 0.788$; $p < 0.01$) o su grado de apatía según los profesionales y los familiares ($r = -0.595$; $r = -0.489$; $p < 0.05$; en ese orden).

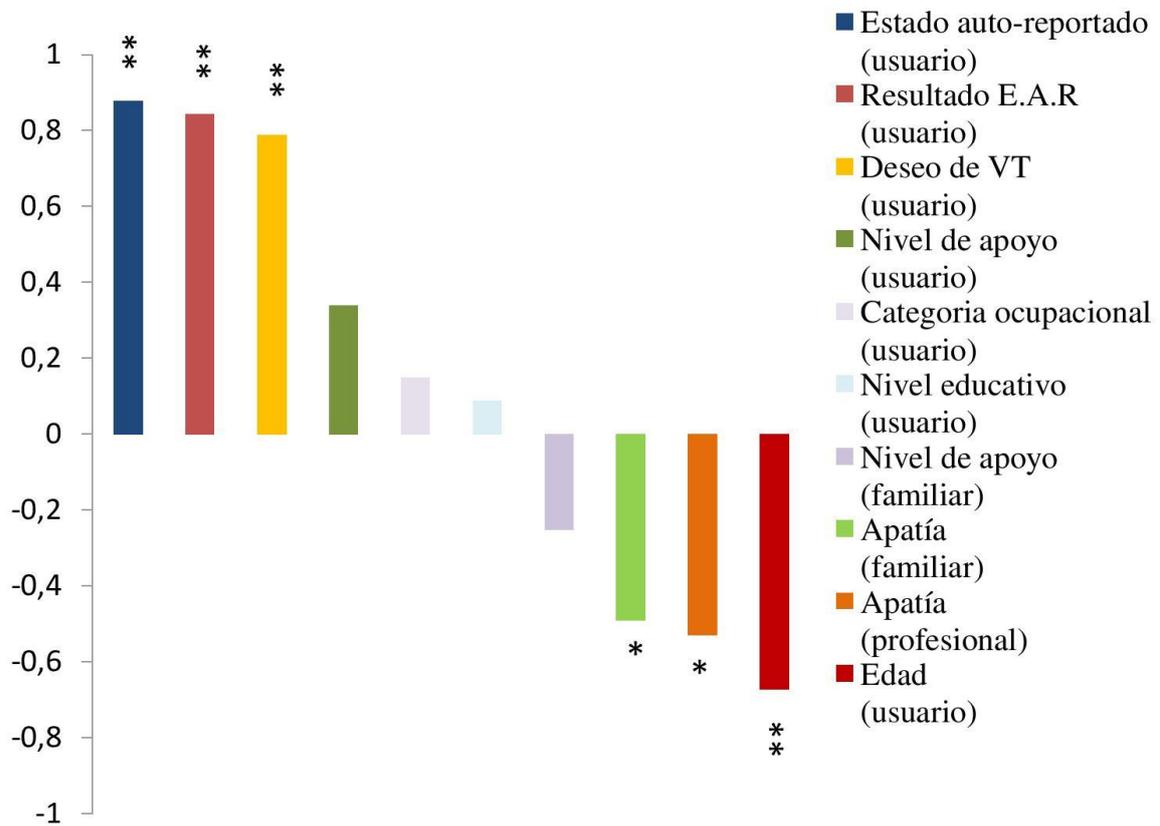


Figura 2. Correlaciones entre la posibilidad de volver a trabajar percibida por los profesionales y los factores predictores de VT según la literatura.

VT (volver a trabajar), E.A.R. (Escala de Asertividad Rathus).

NOTA: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Discusión

Los resultados de este trabajo apuntan a que las habilidades asertivas podrían ser un factor que ayude a predecir la posibilidad de reinsertarse al mundo laboral de las personas con DCA moderado y severo. Según este estudio las personas con DCA moderado y severo que presentan más habilidades asertivas (evaluadas mediante la “Escala de Asertividad Rathus”) serían más recomendadas para la vuelta al trabajo por los profesionales que les atienden, y serían percibidas generalmente con más posibilidades de reinsertarse al mundo laboral. De este modo los resultados obtenidos se vinculan con los hallados por Sale et al. (1991), según los cuales existía una relación negativa entre las habilidades interpersonales y la pérdida de trabajo en personas con traumatismos craneoencefálicos (TCE) moderado y severo. También concordarían en cierto modo con los resultados de Sveen et al. (2008) que señalaban que la competencia interpersonal auto-reportada está relacionada con la posibilidad de volver a trabajar después de un TCE. De este modo se observa que los resultados obtenidos en este estudio amplían a todas las personas con DCA moderado y severo (proveniente de diferentes etiologías) los hallazgos que los dos estudios mencionados referían únicamente a las personas con TCE. A su vez, estos resultados dan fundamento a la idea que la introducción de un entrenamiento en habilidades asertivas en los procesos de rehabilitación profesional de las personas con DCA sería coherente con los objetivos de dicha rehabilitación. Este razonamiento en base a los resultados concordaría con los hallazgos de Parente, Stapleton y Wheatley (1991) –investigación citada en Yasuda et al. (2001)- en personas con TCE, y con las recomendaciones de Keough y Fisher (2001), los resultados de los cuáles subrayaban la necesidad de introducir programas de

ejercitación de las habilidades de asertividad en la rehabilitación profesional de las personas con DCA. Una inferencia posible en base a los resultados obtenidos sería que las habilidades asertivas de una persona dependerían o estarían conformadas por un conjunto de capacidades similares a las requeridas para el regreso al mundo laboral de las personas con DCA (capacidades cognitivas, emocionales, sociales, etc.). No obstante debe puntualizarse que los resultados obtenidos en el presente estudio no indican que las personas que se reinsertan al mundo laboral posean más habilidades asertivas que las que no consiguen volver. Este trabajo meramente afirma que, en general, la percepción de la posibilidad volver a trabajar (PVT) de las personas con DCA es mayor en aquellas personas que demuestran más asertividad, y que la recomendación profesional para la reinserción laboral es más frecuente en personas con altas habilidades asertivas. Ahora bien, si estas opiniones (de profesionales, familiares y de las mismas personas con DCA) tuviesen cierta influencia en el proceso de toma de decisiones relativa a la rehabilitación profesional de las personas con DCA, entonces podrían ser considerados factores de predicción relevantes sobre la reinserción laboral de estas personas. En posteriores investigaciones cabría analizar qué factores y qué personas suelen decidir el regreso al trabajo de las personas con DCA.

En el presente estudio también se dan resultados que contradicen algunos de los hallazgos expuestos por la literatura consultada. En la comparación realizada en este estudio de los factores que predicen la PVT (percibida) de las usuarios con DCA se halla que el nivel de apoyo -según el usuario y según el familiar / cuidador- no correlaciona con las percepciones de PVT de las personas con DCA ($r = 0.34$; $r = -0.25$, respectivamente). Estos datos se oponen a los resultados del estudio de Rubenson et al. (2007), en el que se exponía que la vuelta al trabajo después de un DCA

requiere, entre otros factores, de un prolongado apoyo del entorno. También Kreutzer et al. (2003) y Sale et al. (1991) constatan que las variables de apoyo del entorno son relevantes a la hora de estimar la reinserción laboral de estas personas. Por otro lado Stergiou-Kita et al. (2011) en su revisión sistemática encuentran hasta diez estudios que reportan que los servicios sociales de apoyo favorecen una vuelta al trabajo exitosa de las personas con TCE. Cabe mencionar que los apoyos sociales pueden ser diferenciados según emocionales e instrumentales, y que pueden provenir de la familia, de la comunidad o de los servicios sociales disponibles (Stergiou-Kita et al., 2011). En el presente estudio la idea de apoyo social se consideró únicamente como las prestaciones -de carácter instrumental- que ofrecían los servicios sociales. En este sentido, se considera que la restricción del término “apoyo” empleada pueda ser la causa de las diferencias encontradas sobre este factor. Por otro lado la categoría ocupacional del trabajo pre-mórbido (clasificado según fuesen trabajos manuales/ no especializados o trabajos gerenciales/profesionales) de las personas con DCA encuestadas tampoco ha mostrado correlaciones con la percepción de PVT de éstas ($r = 0.150$). Contrariamente hay estudios (Walker et al., 2006) que señalan que las personas con DCA cuyo trabajo antes de la lesión era de tipo gerencial o profesional tenían tres veces más posibilidades de volver a trabajar que las de tipo manual o no cualificado. Leung y Man (2005) también apuntan en esta dirección cuando afirman que la complejidad y la categoría ocupacional son criterios de predicción de la reinserción laboral de estas personas. Otro resultado de este trabajo que no concuerda con los de la literatura consultada es el que expone que el nivel educativo de los usuarios no tiene correlación alguna con la posibilidad de volver a trabajar (percibida) ($r = 0.088$). De modo opuesto Doctor et al. (2005) expone que el nivel educativo en pacientes que han sufrido un TCE está

relacionado de forma positiva con la posibilidad de volver a trabajar. También Keyser-Marcus et al. (2002), investigando que factores debían tenerse en cuenta en la rehabilitación profesional de personas con TCE indicaron que existía cierto nexo entre algunas variables del paciente - entre éstas, la educación- y la vuelta al trabajo. Por último indicar que el factor de la apatía era la variable que según las entrevistas a personas con DCA del estudio de Van Velzen et al. (2011) más impedía su vuelta al trabajo. En el presente trabajo el grado de apatía de los usuarios fue analizado tanto desde la percepción de los profesionales como de los familiares o cuidadores. En este sentido los resultados manifiestan que la apatía de los usuarios según los familiares no correlacionaba con su PVT ($r = -0.489$), mientras que el grado de apatía según los profesionales sí mostraba correlaciones significativas negativas con la PVT de los usuarios ($r = -0.595$; $p < 0.05$). Por consiguiente los resultados de este estudio se muestran ambivalentes acerca de la relación entre el factor de la apatía y la PVT de las personas con DCA.

Este trabajo también ratifica algunas de las conclusiones expuestas por otros estudios. Como se ha indicado más arriba, los resultados de esta investigación sugieren que la edad de las personas con DCA estaría correlacionada de forma negativa con la posibilidad de volver al trabajo (percibida) ($r = -0.672$; $p < 0.01$). Este planteamiento coincide con el que algunos autores ya indicaban en sus investigaciones (Kreutzer et al., 2003; Machamer et al., 2005; Hofgren et al., 2010). El deseo de volver al trabajo de los usuarios es también una de las variables de la literatura que permitirían predecir la PVT de las personas con DCA (Van Velzen et al., 2011). Coherente con este punto, los resultados obtenidos en nuestro trabajo señalan que la motivación para volver a trabajar guardaría cierta relación con la PVT de los usuarios ($r = 0.788$; $p < 0.01$). Por otra parte,

según el estudio de McCrimmon y Oddy (2006) el estado auto-reportado (la auto-valoración, las quejas subjetivas, etc.) por las personas con DCA era uno de los factores asociados a la reinserción laboral de éstos. Análogamente en el presente estudio esta variable es la que correlaciona de forma más significativa con la PVT percibida ($r = 0.878$; $p < 0.01$). Coincidiendo con el estudio de McCrimmon y Oddy (2006) los resultados obtenidos indican que cuanto mejor es el estado auto-reportado del usuario más posibilidad de volver al trabajo se percibe sobre éste.

Como se ha mencionado anteriormente, algunos de los factores que predecirían con mayor rigor la reinserción laboral de las personas con DCA según la literatura consultada serían, en relación a sus variables personales, la edad, el nivel educativo, el estado psicosocial y psiquiátrico pre-mórbido, la complejidad y la categoría ocupacional del trabajo pre-mórbido, el deseo de volver a trabajar, el estado neuropsicológico y cognitivo tras la lesión y la apatía; y, en relación a los factores ambientales, los soportes sociales e instrumentales que disponen estas personas y sus familias. Sin embargo en el estudio actual los factores que permiten predecir con mayor acierto la posibilidad de reintegrarse al mundo laboral de estas personas serían el estado auto-reportado, las habilidades asertivas, el deseo de volver a trabajar y la edad, en este orden. Por otro lado las variables que no han mostrado relaciones significativas con la PVT (percibida) son el nivel de apoyo disponible, la categoría ocupacional del trabajo pre-mórbido, el nivel educativo y el grado de apatía de la persona con DCA. Vemos entonces claras diferencias con los resultados de la literatura existente consultada. No obstante hay que considerar que, como hemos mencionado más arriba, no se pudo obtener información referente a todos los factores que afectan al proceso de vuelta al trabajo según esta literatura (por ejemplo del estado neuropsicológico y cognitivo tras la

lesión). Evidentemente este obstáculo limita la posibilidad de realizar una contrastación más amplia de los factores analizados en este estudio. Sin embargo consideramos que el hecho que las habilidades asertivas manifiesten relaciones de significación con la posibilidad de volver a trabajar –percibida por los profesionales- similares o superiores a factores que otros estudios han señalado como relevantes, es un resultado que invita a reflexionar sobre el papel que podrían tener las habilidades asertivas en los procesos de reinserción laboral. Como se ha señalado anteriormente el factor de las habilidades interpersonales ha sido hasta el día de hoy una variable poco estudiada en relación a la rehabilitación de personas con DCA. De los cuatro estudios hallados al respecto dos tenían como muestra de población a personas con traumatismos craneoencefálicos, y los otros dos ofrecían sus conclusiones o recomendaciones en base a los resultados de programas de rehabilitación profesional. De este modo creemos que los hallazgos de la presente investigación sobre la relación entre asertividad y reinserción laboral de personas con DCA moderado y severo pueden aportar cierta luz sobre una cuestión que requiere todavía ser ampliamente estudiada.

Consideramos que en este trabajo se hacen perceptibles ciertas limitaciones o carencias. En primer lugar señalar que la adaptación realizada a la “Escala de Asertividad Rathus” (E.A.R) con el objetivo de facilitar el proceso de contestación a familiares/ cuidadores y a los profesionales, supone una de las mayores limitaciones de este trabajo. No se han encontrado estudios que investiguen la posibilidad de pasar la E.A.R teniendo como sujeto de referencia a una persona distinta a la que lo responde; es decir, contestando la prueba en tercera persona y no en primera. El número reducido de la muestra también supone una gran limitación en este estudio, sobre todo para poder generalizar los resultados a una población mayor. Por otra parte, el no poder

obtener información sobre otros factores importantes según la literatura (como el estado neuropsicológico de la persona tras la lesión o el estado psicosocial pre-mórbido) para que las personas con DCA consigan volver a trabajar constituye otra carencia a la hora de poder constatar la relevancia real de las habilidades asertivas en el marco de la reinserción laboral. Por último destacar que en el presente trabajo, a parte de las habilidades asertivas (evaluadas por el E.A.R), todos los demás factores fueron estudiados a partir de preguntas –más o menos concretas y/o numerosas- de las encuestas construidas. En este sentido consideramos que la utilización de una encuesta para determinar algunas de estas variables (como por ejemplo, el nivel de apoyo disponible) resulta insuficiente.

Futuras investigaciones deberían considerar el realizar un estudio longitudinal que tuviese en cuenta la influencia de las habilidades interpersonales o asertivas en la reinserción laboral de personas con DCA. En el caso que se decidiese seguir la metodología empleada en este estudio debería procurarse el disponer de una muestra más amplia, lo suficientemente grande como para permitir un análisis de datos óptimo. Por otro lado se debería explorar si la “Escala de Asertividad Rathus” constituye el mejor instrumento para evaluar las habilidades asertivas de las personas con DCA. Tanto si se emplea una metodología u otra cabría disponerse de los instrumentos y pruebas óptimas para la evaluación de los factores a tener en cuenta. Por otra parte sería conveniente realizar una investigación similar con personas con DCA leve para ver si los resultados coinciden con los hallados aquí. También creemos que sería interesante un estudio similar al realizado pero sobre una muestra de población afectada específicamente por ictus, pues no se ha encontrado ningún estudio al respecto.

Referencias

- Andersen, G., Christensen, D., Kirkevold, M. y Johnsen, S. P. (2012). Post-stroke fatigue and return to work: A 2-year follow-up. *Acta Neurologica Scandinavica*, 125(4), 248–53. doi:10.1111/j.1600-0404.2011.01557.x
- Avesani, R., Salvi, L., Rigoli, G. y Gambini, M. G. (2005). Reintegration after severe brain injury: A retrospective study. *Brain Injury*, 19(11), 933–939. doi:10.1080/02699050400002371
- Bootes, K. y Chapparo, C. J. (2002). Cognitive and behavioural assessment of people with traumatic brain injury in the work place: Occupational therapists' perceptions. *Work*, 19, 255–268.
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: Definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 52–62.
- Cancelliere, C., Kristman, V. L., Cassidy, J. D., Hincapié, C. a, Côté, P., Boyle, E., ... Borg, J. (2014). Systematic review of return to work after mild traumatic brain injury: Results of the international collaboration on mild traumatic brain injury prognosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(3 Suppl), S201–9. doi:10.1016/j.apmr.2013.10.010
- Castellanos-Pinedo, F., Cid-Gala, M., Duque, P., Ramírez-Moreno, J. M. y Zurdo-Hernández, J. M. (2012). Daño cerebral sobrevenido: Propuesta de definición, criterios diagnósticos y clasificación. *Revista De Neurología*, 54(6), 357–366.

- Daniel, K., Wolfe, C. D. a, Busch, M. A. y McKevitt, C. (2009). What are the social consequences of stroke for working-aged adults?: A systematic review. *Stroke*, 40(6), 431–440. doi:10.1161/STROKEAHA.108.534487
- Defensor del Pueblo. (2006). *Informes, estudios y documentos. Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario*. Madrid: Publicaciones Defensor del Pueblo.
- Doctor, J. N., Castro, J., Temkin, N. R., Fraser, R. T., Machamer, J. E. y Dikmen, S. S. (2005). Workers risk of unemployment after traumatic brain injury: A normed comparison. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 11(6), 747–52. doi:10.1017/S1355617705050836
- Feigin, V. L. (2007). Stroke in developing countries: can the epidemic be stopped and outcomes improved? *Lancet Neurology*, 6(2), 94–97.
- Gilworth, G., Phil, M., Cert, A. D., Sansam, K. A. J. y Kent, R. M. (2009). Personal experiences of returning to work following stroke: An exploratory study. *Work*, 34(1), 95–103. doi:10.3233/WOR-2009-0906
- Glozier, N., Hackett, M. L., Parag, V. y Anderson, C. S. (2008). The influence of psychiatric morbidity on return to paid work after stroke in younger adults: The auckland regional community stroke (ARCOS) study, 2002 to 2003. *Stroke*, 39(5), 1526–1532. doi:10.1161/STROKEAHA.107.503219

- Hackett, M. L., Glozier, N., Jan, S. y Lindley, R. (2012). Returning to paid employment after stroke: The psychosocial outcomes in stroke (POISE) cohort study. *PloS One*, 7(7), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0041795
- Hofgren, C., Esbjörnsson, E. y Sunnerhagen, K. S. (2010). Return to work after acquired brain injury: Facilitators and hindrances observed in a sub-acute rehabilitation setting. *Work*, 36(4), 431–439. doi:10.3233/WOR-2010-1039
- Hoofien, D., Gilboa, A., Vakil, E. y Donovickh, P. J. (2001). Traumatic brain injury (TBI) 10–20 years later: A comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning. *Brain Injury*, 15, 189–209. doi:10.1053/apmr.2000.20614
- Johansson, U. y Tham, K. (2006). The meaning of work after acquired brain injury. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 60–69. doi:10.5014/ajot.60.1.60
- Johnstone, B., Vessell, R., Bounds, T., Hoskins, S. y Sherman, A. (2003). Predictors of success for state vocational rehabilitation clients with traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(2), 161–167. doi:10.1053/apmr.2003.50098
- Keough, J. L. y Fisher, T. F. (2001). Occupational-psychosocial perceptions influencing return to work and functional performance of injured workers. *Work*, 16, 101–110.

- Keyser-Marcus, L. A., Bricout, J. C., Wehman, P., Campbell, L. R., Cifu, D. X., Englander, J., ... Zafonte, R. D. (2002). Acute predictors of return to employment after traumatic brain injury: A longitudinal follow-up. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(5), 635–641. doi:10.1053/apmr.2002.31605
- Klein, K., DeRouin R. E., y Salas E. (2006). Uncovering workplace interpersonal skills: A review framework, and research agenda. En G.P. Hodgkinson y J. K. Ford (Eds.), *International review of industrial and organization psychology* (pp. 79- 85). New York, NY: Wiley
- Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., Walker, W., Sander, A., Sherer, M., Bogner, J., ... Bushnik, T. (2003). Moderating factors in return to work and job stability after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18(2), 128–138. doi:10.1097/00001199-200303000-00004
- León, M. y Vargas, T. (2009). Validación y estandarización de la escala de asertividad de Rathus (R.A.S.) en una muestra de adultos costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología*, 28 (41-42), 169-185.
- Leung, K. L. y Man, D. W. K. (2005). Prediction of vocational outcome of people with brain injury after rehabilitation: A discriminant analysis. *Work*, 25, 333–340.
- Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa, 48 B.O.C.G § 10 (2013).
- Machamer, J., Temkin, N., Fraser, R., Doctor, J. N. y Dikmen, S. (2005). Stability of employment after traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(07), 807–816. doi:10.1017/S135561770505099X

- Mateer, C. A. y Sira, C. S. (2006). Cognitive and emotional consequences of TBI: Intervention strategies for vocational rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 21, 315–326.
- Mazaux, J., Masson, F., Levin, H. S., Alaoui, P., Maurette, P. y Barat, M. (1997). Long-term neuropsychological outcome and loss of social autonomy after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 1316–1320.
- McCrimmon, S. y Oddy, M. (2006). Return to work following moderate-to-severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20(10), 1037–1046.
doi:10.1080/02699050600909656
- O'Neill, J., Hibbard M. R., Brown, M., Jaffe, M., Sliwinski, M., Vandergoot D. y Weis, J.M. (1998). The effect of employment on quality of life and community integration after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 13(5), 68–79.
- Ojeda, N., Pozo, D., Antonio, J., Iribarren, E., Sarriegui, U., Ignacio, J., ... Céspedes, M. M. (2000). Entrenamiento en habilidades sociales en personas con daño cerebral adquirido. *Revista De Neurología*, 30(8), 783–787.
- Quezada, M. (2011). El daño cerebral adquirido (DCA) en España: Principales resultados a partir de la Encuesta EDAD-2008. *Boletín Del Observatorio Estatal de La Discapacidad*, 3, 39–59.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.

- Rietdijk, R., Simpson, G., Togher, L., Power, E. y Gillett, L. (2013). An exploratory prospective study of the association between communication skills and employment outcomes after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 27(7-8), 812–818. doi:10.3109/02699052.2013.775491
- Rubenson, C., Svensson, E., Linddahl, I. y Björklund, A. (2007). Experiences of returning to work after acquired brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(4), 205–214. doi:10.1080/11038120601110934
- Sale, P., West, M. D., Sherron, P. y Wehman, P. H. (1991). Exploratory analysis of job separation from supported employment for persons with traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6(3), 1–11.
- Shames, J., Treger, I., Ring, H. y Giaconto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. *Disability and Rehabilitation*, 29(17), 1387–1395.
- Stergiou-Kita, M., Dawson, D. R., y Rappolt, S. G. (2009). Evaluating work readiness following acquired brain injury: Building a shared understanding. *Revue Canadienne D'ergothérapie*, 76, 276–284.
- Stergiou-Kita, M., Dawson, D. R., y Rappolt, S. G. (2011). An integrated review of the processes and factors relevant to vocational evaluation following traumatic brain injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 374–394.
doi:10.1007/s10926-010-9282-0

- Sveen, U., Mongs, M. y Røe, C. (2008). Self-rated competency in activities predicts functioning and participation one year after traumatic brain injury. *Clinical Rehabilitation*, 22, 45–55.
- Tyerman, A. (2012). Vocational rehabilitation after traumatic brain injury: Models and services. *NeuroRehabilitation*, 31, 51–62. doi:10.3233/NRE-2012-0774
- Van Velzen, J. M., Van Bennekom, C. A. M., Edelaar, M. J. A., Sluiter, J. K. y Frings-Dresen, M. H. W. (2009a). How many people return to work after acquired brain injury?: A systematic review. *Brain Injury*, 23(6), 473–488.
doi:10.1080/02699050902970737
- Van Velzen, J. M., Van Bennekom, C. A. M., Edelaar, M. J. A., Sluiter, J. K. y Frings-Dresen, M. H. W. (2009b). Prognostic factors of return to work after acquired brain injury: a systematic review. *Brain Injury*, 23(5), 385–395.
doi:10.1080/02699050902838165
- Van Velzen, J. M., Van Bennekom, C. A. M., Van Dormolen, M., Sluiter, J. K. y Frings-Dresen, M. H. W. (2011). Factors influencing return to work experienced by people with acquired brain injury: A qualitative research study. *Disability and Rehabilitation*, 33(23-24), 2237–2246. doi:10.3109/09638288.2011.563821
- Walker, W. C., Marwitz, J. H., Kreutzer, J. S., Hart, T. y Novack, T. A. (2006). Occupational categories and return to work after traumatic brain injury: A multicenter study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(12), 1576–1582. doi:10.1016/j.apmr.2006.08.335

Yasuda, S., Wehman, P., Targett, P., Cifu, D. y West, M. (2001). Return to work for persons with traumatic brain injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 80(11), 852–864. doi:10.1097/00002060-200111000-00011