



CDR – CENTRO PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

El Centro para la Investigación de la Discapacidad (por sus siglas en inglés CDR) conduce investigación científica sobre el proceso de reinserción al trabajo para ayudar reducir la discapacidad y promover la reinserción al trabajo de manera segura y sostenida. Los científicos del CDR investigan los factores asociados con la ausencia al trabajo, una nueva lesión, y retención del trabajo después de una lesión, así como el impacto de dirección de caso, tratamientos clínicos, respuestas de patrón y alojamientos, y otras intervenciones sobre los resultados de la discapacidad laboral. Nuestros hallazgos ayudan a los médicos, gerentes de caso, y patronos a entender mejor el proceso de discapacidad, mejorar los resultados de la reinserción al trabajo, y en última instancia, a mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Herramienta de investigación para la Intervención Temprana de la Prevención de la Discapacidad Crónica de la Espalda

El dolor de espalda baja sigue siendo una causa principal de sufrimiento y de discapacidad laboral en el mundo industrializado, afectando a no menos del 85 por ciento de los trabajadores. Aproximadamente 10 por ciento de los que sufren un incidente de dolor de espalda baja relacionado con el trabajo continuará experimentando problemas por largos períodos y largas ausencias en el trabajo. Con colaboradores en la Universidad de Örebro, Suecia, estamos desarrollando un cuestionario aplicado a los pacientes basado en varios factores psicosociales, del lugar de trabajo y de las lesiones, los cuales han mostrado influir en los resultados de la discapacidad laboral de la espalda baja. El cuestionario, que será la base para una herramienta de investigación del factor de riesgo mejorado de la discapacidad de la espalda baja, se enfocará en los factores de riesgo modificables previamente identificados. Basado en los hallazgos, esperamos enlazar esos factores de riesgo a recomendaciones específicas para la intervención temprana y tratamiento para prevenir la discapacidad crónica de la espalda.

En el año 2007 lanzamos las etapas preliminares del proyecto, sintetizando los resultados de 16 revisiones de literatura publicadas desde el año 2000. Ocho de los documentos resumen los hallazgos relacionados a los factores de riesgo de la discapacidad por dolor de espalda, y los otros ocho documentos revisados evidencian varias estrategias de intervención. Enfocándonos exclusivamente en los factores de riesgo modificables, clasificamos cada factor dentro de uno de los dos dominios principales - el lugar de trabajo o psicológico.

El dominio del lugar de trabajo incluyó percepciones físicas, social, y de trabajo, y el dominio psicológico incluyó variables conductuales, cognoscitivas, y emocionales. También identificamos tres estrategias principales basadas en la evidencia - programas para mejorar la actividad física (por ejemplo, la actividad clasificada o la fisioterapia), los que apuntaban predominantemente a temas relacionaos con el trabajo (por ejemplo, visitas al sitio de trabajo, contratación del supervisor), y aquellos que se refieren al bienestar psicológico (por ejemplo, estrategias cognoscitivas conductuales, habilidad para llegar a convenios, solución de problema). Utilizamos los hallazgos para desarrollar el cuestionario de investigación inicial del paciente sobre los factores de riesgo modificables que serán utilizados en estudios futuros en pacientes con dolor de espalda baja.

Reinserción al Trabajo Después del Cuidado Quiropráctico

Llevamos a cabo una investigación sobre el papel del cuidado quiropráctico en el tratamiento de dolor de espalda baja relacionado con el trabajo. En colaboración con la Escuela de Salud Pública de Harvard, examinamos los datos de los reclamos relacionados con el dolor de espalda de cuatro estados de los Estados Unidos de América entre 1997 y 2001. Nuestro objetivo fue determinar si el tiempo y duración de cuidado quiropráctico afecta la recurrencia del dolor de la espalda baja.

Examinamos 6,019 casos que involucraban a individuos que habían recibido cuidado quiropráctico por dolor de espalda baja no complicado relacionado con el trajo, excluyendo los casos más severos. Nuestros análisis indicaron que en el 92 por ciento de los casos, el cuidado quiropráctico se inició durante el primer episodio de dolor de espalda.

El cuarenta y ocho por ciento de estos casos terminó con el cuidado quiropráctico a los 30 días del episodio, y de estos casos, la tasa de recurrencia fue de 8 por ciento.

Por el contrario, el 44 por ciento restante de los individuos que continuaron el cuidado quiropráctico después de 30 días tuvieron una tasa de recurrencia del 17 por ciento, aunque el diagnóstico o la severidad de estos casos no parecieron ser substancialmente diferentes. Estos hallazgos sugieren que los tratamientos quiroprácticos de corta duración están asociados con una menor probabilidad de recurrencia y apoya las directrices para el tratamiento clínico actual en cuanto a la duración de cuidado quiropráctico para el dolor de espalda baja.

Patrones para la Atención Médica y la Discapacidad Laboral

La relación entre los diferentes patrones para la atención médica por dolor de espalda baja ocupacional y los resultados de la reinserción al trabajo/discapacidad es el centro para las investigaciones desarrolladas en el CDR. Nuestro estudio más reciente evaluó el impacto de la participación del médico de atención primaria en los resultados de la discapacidad. Los científicos fusionaron dos años de datos de la atención médica de la compensación de los trabajadores y de la discapacidad laboral con información del tratamiento de cuatro de las principales prácticas de la atención primaria. La información sobre el tratamiento fue extraída de los informes clínicos de 87 individuos que habían sufrido una lesión de la espalda relacionada con el trabajo.

Descubrimos que la identificación del proveedor de la atención médica "responsable" durante un episodio de atención médica es un proceso complejo.

En la mayoría de los casos, las variaciones en el nivel de participación del médico de atención primaria y la participación significativa de otros proveedores hicieron difícil evaluar el impacto del médico de atención primaria sobre resultados de la discapacidad laboral. Por ejemplo, encontramos que durante los dos años siguientes, el médico de atención primaria rara vez era el único proveedor de atención médica exclusivo en el tratamiento del dolor la espalda baja. En sólo 55 por ciento de los casos, el médico de atención médica primaria era el proveedor inicial siempre que no se tratara de una emergencia, y en sólo un 45 por ciento de los casos, el médico de atención primaria era el proveedor más frecuente durante al menos uno de los episodios de atención médica. Concluimos que la información adicional, más allá de los datos administrativos, eran necesarios para entender correctamente quien dirige la atención médica del dolor de espalda baja y cómo se podría cambiar esto con el tiempo.

Relación Entre la Ubicación de Residencia y la Prolongación de la Discapacidad

Llevamos a cabo un estudio cohorte retrospectivo de la relación entre la ubicación de residencia y los resultados de la discapacidad laboral. El estudio examinó si los empleados lesionados en áreas rurales experimentaban resultados de discapacidad que fueran diferentes a las de sus pares urbanos con lesiones similares. Procuramos determinar si las tendencias previamente observadas en los residentes rurales a experimentar tasas más altas de morbilidad se extendían a períodos más largos de discapacidad después de una lesión laboral.

Los científicos de Centro CDR analizaron los datos de compensación de los trabajadores de 11,576 individuos de nueve estados, todos habían experimentado una fractura relacionada con el trabajo. La clasificación de las zonas rurales fue asignada basada en el código postal residencial del demandante. La discapacidad laboral fue medida como el número de días completos en el que un individuo recibió compensación por estar fuera del trabajo en los dos años siguientes a la lesión. Llevamos a cabo un análisis de regresión para probar las relaciones entre la ubicación de residencia y la discapacidad laboral mientras se controlaban las diferencias de la demografía y el uso de la atención médica.

Las conclusiones indicaron que los demandantes rurales promediaron menos discapacidad laboral después de una lesión que sus pares urbanos. Esta relación permaneció después de controlar la edad, género, parte del cuerpo lesionada, ocupación, e tipo de industria. Los hallazgos del estudio revelaron que la tendencia general para aquellos en áreas rurales a experimentar resultados de salud inferiores no se extiende a resultados de la discapacidad laboral después de la lesión relacionada con el trabajo.

LO MÁS DESTACADO DEL CENTRO CDR

Competencias y Prácticas para Facilitar la Reinserción Efectiva al Trabajo

A pesar de las recientes disminuciones de las lesiones que causan la pérdida de tiempo en los Estados Unidos y Canadá, la media de la duración del tiempo fuera del puesto de trabajo ha aumentado. La Oficina de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos reportó una tasa de 2.2 lesiones que implican días fuera del trabajo por 100 trabajadores de jornada completa en 1996, disminuyendo a una tasa de 1.3 en el 2006 (Estudio de Lesiones y Enfermedades Ocupacionales, 2006). Sin embargo, el número medio de los días fuera del trabajo por caso fue de cinco en 1996, pero aumentó a siete para el 2006. El tiempo fuera el trabajo luego de una lesión puede ser una carga tanto para el trabajador afectado como para la empresa. Para ayudar a dirigir este desafío, nuestros investigadores en el CDR continúan investigando intervenciones y estrategias que ayuden a promover la reinserción al trabajo de manera segura y sostenida de los trabajadores lesionados.

De muchas de las intervenciones exploradas, una de las más efectivas ha sido incluir un coordinador de reinserción en el proceso post-lesión. El rol del coordinador de reinserción, bien sea de una clínica, corporativo, del seguro o de una entidad del gobierno, es dar apoyo para la reinserción exitosa a través de comunicaciones proactivas con el trabajador, con el empleador, y otras partes interesadas. Los casos que incluyen a un coordinador de reinserción frecuentemente están asociados a períodos de discapacidad más cortos y a menores costos. A pesar de los resultados positivos, se han hecho pocos esfuerzos para definir sistemáticamente el rol del coordinador de reinserción.



Los casos en los que se incluye a un coordinador de reinserción frecuentemente están asociados a períodos de discapacidad más cortos y costos más bajos.

Para atender esta necesidad, comenzamos un estudio dirigido a describir el rol del coordinador de reinserción e identificar una serie de competencias esenciales necesarias para desempeñar de manera satisfactoria esta función. En el año 2007, completamos una revisión de estudios de intervención publicados con el objetivo de identificar las competencias esenciales (conocimiento, habilidades, comportamiento, y actitudes) y las prácticas exitosas de los coordinadores de reinserción. Utilizando una búsqueda de la palabra clave MEDLINE y las bases de datos CINAHL, identificamos 2.383 títulos que reflejan estudios sobre la intervención que involucran a un coordinador de reinserción. De todos estos títulos identificados se seleccionaron y revisaron 90 artículos, de los 40 artículos (mejor dicho 22 estudios) cumplieron con los criterios para la inclusión. Los científicos del CDR resumieron los hallazgos de estos 22 estudios para identificar las actividades

comunes de los coordinadores de reinserción y desarrollar una serie de competencias principales preliminares. De los 22 estudios, 20 se enfocaban en las condiciones musculo-esqueléticas o lesiones ocupacionales.

Se identificaron nueve actividades claves del coordinador de reinserción, pero estas variaban con respecto a los antecedentes de entrenamiento del coordinador, la relación con el lugar de trabajo (consultor, representante de la empresa aseguradora, o empleados), y el contexto (compensación de los trabajadores u otros programas sobre discapacidad). Basado en las actividades claves del coordinador, nuestros investigadores identificaron seis áreas de competencia: ergonomía y evaluación de lugar de trabajo, entrevista clínica, solución de problema social, mediación en el lugar de trabajo, conocimiento del negocio y de los aspectos legales, y conocimiento médico. Los hallazgos sugieren que la coordinación de la reinserción del trabajador puede depender más de las competencias en la adaptación ergonómica del trabajo, la comunicación, y la solución de conflictos.

Se continúa trabajando hacia la segunda fase del estudio. En esta fase del estudio nuestros investigadores están conduciendo grupos de enfoque con los coordinadores de reinserción y otros profesionales que trabajan en el campo de la prevención de la discapacidad laboral. Las investigaciones del grupo de enfoque se centrarán en el rol y tarea de los coordinadores de reinserción, su entrenamiento, y su percepción del conocimiento esencial, competencias, y comportamiento. Los resultados serán utilizados para desarrollar un cuestionario para estudiar una muestra internacional más grande de los coordinadores de reinserción.