

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FAMILIARES Y ALLEGADOS COLABORADORES EN EL CUIDO DE LAS PERSONAS
CON SECUELAS POR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO COMO FACILITADORES EN
PROCESOS DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA.

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la
consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado en Psicología para optar al grado y título
de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud

ENID EMILIA JAÉN HERNÁNDEZ
ANNY MORALES BONILLA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
Sede de Guanacaste

2021

Dedicatoria

A nuestras familias, por brindarnos su apoyo incondicional en todos los proyectos de nuestra vida, por celebrar las alegrías y lograr que los momentos abrumadores sean pasajeros.

Por supuesto a las y los participantes, que nos mostraron el valor de la psicoeducación y nos enseñaron algo más de nuestro rol como psicólogas.

Agradecimientos

A cada uno de los miembros de mi familia, porque han estado ahí incondicionalmente desde el momento que decidí ingresar a este proyecto, en el cual surgieron las dos personas más importantes de mi vida Mateo y Julián, quienes han sido motivación para dar lo mejor de mí. Gracias Mami, Eduard y Félix sin ustedes esto no podría ser posible.

Gracias Enid, porque te subiste a esta aventura y juntas logramos disfrutarla, sufrirla y aprender de ella.

A Marco Vidaurre, más que mi mentor, por su profundo compromiso que inició hace muchos años y pues hoy culmino, por ser ese maestro de profesión y de vida, por su apoyo incondicional y su cariño.

Anny.

A los amores de mi vida porque cada uno me ha permitido ir tras esta meta, ha sido un largo camino, pero me he sentido acompañada en todo momento.

A Anny, por invitarme a emprender esto juntas, por no desfallecer y más bien reír encontrando soluciones cuando las cosas se pusieron difíciles.

A nuestro equipo asesor por estar siempre anuentes, disponibles y atentos a colaborar o dar una palabra de aliento.

Enid.

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud”

M.L. Mariano Fernández Sáenz
**Representante de la Decana
Sistema de Estudios de Posgrado**

MSc. Marco Vidaurre Arredondo
Profesor guía

MPsc. Karla Villalobos Carrillo
Lectora

MSc. Mario Sáenz Rojas
Lector

Msc. Marietta Villalobos Barrantes
**Directora del Programa de
Posgrado en Psicología**

Anny Morales Bonilla
Sustentante

Enid Emilia Jaén Hernández
Sustentante

Tabla de contenido

Dedicatoria	ii
Agradecimientos.....	iii
Hoja de aprobación.....	iv
Resumen	viii
Lista de tablas	ix
Lista de abreviaturas	x
CAPÍTULO I.....	1
1.1. Introducción	1
1.2. Justificación	5
1.3. Marco contextual	12
CAPÍTULO II.....	14
2.1. Marco conceptual	14
2.1.1. Neuropsicología y rehabilitación neuropsicológica.....	16
2.1.2. Neuropsicología cognitiva: su importancia para la rehabilitación.....	17
2.1.3. Trauma craneoencefálico: concepción y tipos.....	18
2.1.4. Funciones neuropsicológicas y sus alteraciones.....	19
2.1.5. Rol del facilitador en la rehabilitación neuropsicológica.....	28
2.1.6. Psicoeducación como alternativa de intervención con personas colaboradoras en el cuidado	30
2.1.7. Personas con secuelas por TCE: autonomía y reinserción social	32
CAPÍTULO III.....	34
3.1. Planteamiento de la pregunta de investigación y objetivos	34
3.1.1. Pregunta de investigación.....	34
3.2. Objetivo general.....	34
3.3. Objetivos específicos	34

3.4. Objetivo externo.....	34
CAPITULO IV	35
4.1. Marco metodológico.....	35
4.2. Población.....	37
4.2.1. Selección de las personas participantes	38
4.3. Estrategias de intervención.....	39
4.2.2. Definición de actividades, funciones, tareas y productos esperados según cada objetivo específico	49
4.2.3. Precauciones tomadas para proteger a las personas que participan en el trabajo final de investigación aplicada	49
4.2.4. Propuesta para la redacción del informe final	51
Capítulo V.....	52
5.1. Resultados.....	52
5.1.1. Caracterización de las personas participantes: perfil inicial.....	52
5.1.2. Desarrollo de la acción psicoeducativa: módulos de trabajo	53
5.1.2.1. Módulo 1. Generalidades del TCE	55
5.1.2.2. Módulo 2. Estrategias de afrontamiento.....	56
5.1.2.3. Módulo 3. Rehabilitación: atención-concentración	58
5.3. Rehabilitación: habla y lenguaje.....	61
5.4. Rehabilitación: funciones ejecutivas	63
5.5. Evaluación del impacto: retroalimentación de la acción psicoeducativa	64
5.6. Trauma craneoencefálico.....	64
5.7. Rehabilitación neuropsicológica.....	65
5.8. Psicoeducación.....	67
5.9. Reinserción social: funcionalidad y autonomía de la persona con TCE.....	68
5.10. Resultados de la evaluación postintervención psicoeducativa	69

CAPÍTULO VI	72
6.1. Síntesis final	72
6.2. Recomendaciones	80
6.3. Limitaciones identificadas	83
6.4. Cronograma.....	85
Referencias	88
Anexos	100
Anexo 1. Carta de presentación del estudio.....	100
Anexo 2. Sondeo telefónico	101
Anexo 3. Libreta de trabajo.....	102
Anexo 4. Entrevista a las personas participantes.....	103
Anexo 5. Valoración de la persona con TCE.....	105
Anexo 6. Guía para la visita domiciliaria	106
Anexo 7. Fórmula de consentimiento informado	107
Anexo 8. Test MoCA.....	110
Anexo 9. Estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios	111
Anexo 10. Guía de seguimiento para cada módulo.....	112
Anexo 11. Guía de actividad grupal sincrónica	114
Anexo 12. Guía de observación de cada sesión	115
Anexo 13. Valoración Final de la Persona con Secuelas por TCE	116
Anexo 14. Guía para cierre y evaluación	118
Anexo 15. Definición de actividades, funciones, tareas y productos esperados según cada objetivo específico	115

Resumen

El trauma craneoencefálico es una lesión cerebral originada por un impacto craneal, que por lo general causa alteraciones en las funciones neurológicas. En la provincia de Guanacaste se identifica como causa de las lesiones por trauma craneoencefálico los accidentes de tránsito relacionados con el uso de la motocicleta sin dispositivos de seguridad. La Organización Mundial de la Salud considera esta lesión como una de las más frecuentes causas de discapacidad en personas en edad productiva. La intervención desde la disciplina psicológica y el aporte que la neuropsicología puede brindar a este escenario que viven las familias guanacastecas, fue la principal motivación para el desarrollo de este estudio. El sistema de salud en Costa Rica desafortunadamente no brinda acompañamiento, sino una atención centrada en mejorar las secuelas físicas; sin embargo, las secuelas a nivel cognitivo y emocional son una realidad a la cual se enfrentan diariamente estas personas. Se visualizó como una pieza clave en esta ecuación a las personas colaboradoras en el cuidado de aquellas personas lesionadas, ya que a través de ellas puede ser posible cumplir con los principales objetivos de la rehabilitación neuropsicológica: mejorar las funciones cognitivas afectadas y compensar los déficits. Los resultados de este trabajo final de intervención aplicada comprueban que la psicoeducación grupal en modalidad virtual y con el apoyo de estrategias de la educación a distancia dirigida a personas que colaboran en el cuidado es una herramienta valiosa y eficaz para generar mejoras en el estilo de vida, funcionalidad y autonomía de personas con secuelas por trauma craneoencefálico.

Palabras clave: Trauma craneoencefálico, rehabilitación neuropsicológica, psicoeducación.

Abstract

The cranioencephalic trauma is a brain injury caused by a cranial impact, which usually causes alterations in the neurological functions. In the Guanacaste province, road accidents associated to the use of motorcycles without safety devices are identified as the cause of head trauma injuries. The World Health Organization considers this injury as one of the most frequent causes of disability in the working-age population. The intervention from the psychological discipline and the contribution that neuropsychology can provide to this scenario experienced by Guanacastecan families, was the main motivation for this study. Unfortunately, the health system in Costa Rica does not provide support, but rather care focused on improving physical sequelae.

However, cognitive and emotional consequences are a reality that these population face on a daily basis. Caregivers played a key role on this research because it was through them that it was possible to achieve the main neuropsychological rehabilitation goals: improve the affected cognitive functions and compensate for the deficits. The results of this final applied intervention research prove that, virtual psychoeducational groups with the support of distance education strategies aimed to caregivers is a valuable and effective tool to improve cranioencephalic trauma patient's lifestyle, functionality and autonomy.

Key words: Head trauma, neuropsychological rehabilitation, psychoeducation.

Lista de tablas

Tabla N.º 1 Criterios de Inclusión y exclusión aplicados a la población participante.	37
Tabla N.º 2 Estructura general del proceso de los módulos de Fase I.....	46
Tabla N.º 3 Cronograma semanal de actividades	47

Lista de abreviaturas

TCE	Trauma Craneoencefálico
COVID-19	Enfermedad por Coronavirus 2019
INTRAS	Investigación y Tratamiento en Salud Mental y Servicios Sociales
MOCA	Evaluación Cognitiva de Montreal
TFIA	Trabajo Final de Investigación Aplicada
INA	Instituto Nacional de Aprendizaje



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, ENID EMILIA JAÉN HERNÁNDEZ, con cédula de identidad 503140449, en mi condición de autor del TFG titulado "FAMILIARES Y ALLEGADOS COLABORADORES EN EL CUIDO DE LAS PERSONAS CON SECUELAS POR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO COMO FACILITADORES EN PROCESOS DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA".

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, ANNY MORALES BONILLA, con cédula de identidad 503280064, en mi condición de autor del TFG titulado "FAMILIARES Y ALLEGADOS COLABORADORES EN EL CUIDO DE LAS PERSONAS CON SECUELAS POR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO COMO FACILITADORES EN PROCESOS DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA".

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CAPÍTULO I

1.1. Introducción

La investigación y práctica de la ciencia psicológica es amplia y diversa, al ocuparse del estudio del comportamiento humano, con el devenir de los años ha propiciado el desarrollo de distintas líneas de trabajo. Una de ellas es la que se presenta en este trabajo final de investigación aplicada: la neuropsicología.

La neuropsicología es una rama de la psicología cuyo objetivo principal es estudiar las relaciones existentes entre las actividades cerebrales y las funciones psicológicas superiores (gnosias, praxias, lenguaje, memoria, etc.) (Rufo, 2006). Intenta enseñar o entrenar en actividades dirigidas a mejorar el funcionamiento cognitivo y la personalidad global tras una lesión o enfermedad (Ginarte, 2002), es decir, que deja ver el papel determinante que puede tener un proceso de rehabilitación.

El rol del profesional en neuropsicología es contribuir a determinar la naturaleza de la función cognitiva e intervenirla, trabaja en la modificación de conductas interactivas del paciente, se trata la ansiedad y la depresión generadas por la propia lesión o por la conciencia que tiene tanto el paciente como la persona que colabora en el cuidado de las secuelas del trauma (Portellano y García, 2014).

En la provincia de Guanacaste se ha identificado como una constante que las personas jóvenes se vean involucradas en situaciones que tienen como consecuencia un trauma craneoencefálico, en su mayoría, accidentes de tránsito en motocicleta, además de otros relacionados con actividades taurinas o el consumo de sustancias psicoactivas. Aunque no existe una contundencia en los datos, debido

al subregistro en el sistema de salud, sí se reconoce esta constante (Morales Jiménez, L. M., comunicación personal, 20 de marzo de 2020).

Los procesos de rehabilitación neuropsicológica por trauma craneoencefálico (en adelante TCE) y la capacitación a las personas colaboradoras en el cuidado como agentes de cambio instrumentados en esta materia no son parte del abordaje que el sistema de salud costarricense brinda (Hernández y Jiménez 2015), es decir, no representan una alternativa inmediata más allá de un rol asistencial para la recuperación de la autonomía de la persona tras haber sufrido la lesión cerebral.

Todos los elementos anteriormente comentados y entre tejidos, componen el presente trabajo final de investigación aplicada, titulado Intervención Psicoeducativa en Rehabilitación Neuropsicológica dirigida a Personas Colaboradoras en el Cuidado de Personas con Secuelas por Trauma Craneoencefálico.

Esta intervención en el escenario de la psicología aplicada tiene bases en el modelo cognitivo-conductual a través del método psicoeducativo y apoyado en el formato de grupo. Se desarrolló en el marco de la investigación cualitativa, en la línea de la rehabilitación neuropsicológica.

Se intentó colaborar en la mejora y/o compensación de las funciones neuropsicológicas disminuidas y la promoción de la autonomía de la persona con secuelas por TCE, utilizando como medios un abordaje grupal en modalidad virtual y la implementación de un cuaderno de ejercicios dirigido a entrenar como facilitadores (as) a las personas colaboradoras en el cuidado.

Se desarrolló una serie de sesiones, divididas en módulos de trabajo para brindar información sobre las generalidades del TCE y las funciones cognitivas como la atención, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas. Asimismo, se

incluyó en el abordaje, el entrenamiento para la compensación del déficit en las funciones cognitivas antes mencionadas y actividades que pudieran proveer a las personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas por TCE de estrategias de afrontamiento y autocuidado.

La sistematización de esta experiencia tiene como alcance el ofrecer una alternativa para ser utilizada en el abordaje del TCE, lo que podría ser implementado de manera presencial como virtual, grupal como individual, ya que en la presente experiencia práctica se constató que, aunque fue ejecutada en condiciones limitantes debido a la situación sanitaria mundial, los objetivos se lograron. Además, puede decirse que para la disciplina psicológica es una necesidad incrementar el desarrollo de abordajes en la línea de la rehabilitación neuropsicológica.

Al finalizar la ejecución de esta intervención psicoeducativa, se concluye que fue efectiva para alcanzar los objetivos propuestos y que utilizar la evaluación del impacto es una ruta válida. También se considera que el formato grupal en modalidad virtual fue un acierto que permitió a las personas participantes vivenciar el proceso y a la vez, tener control sobre el mismo, ya que entre los hallazgos más significativos de la intervención, se encontró que la rehabilitación neuropsicológica estuvo mediada por la vivencia de cuidado, es decir, por el tipo de vínculo que la persona colaboradora en el cuidado tenga con la persona con secuelas por TCE. Hay evidencia además de la importancia del desempeño de un equipo interdisciplinario en el abordaje del TCE.

Este documento se presenta en tres bloques, los primeros apartados corresponden a la introducción, justificación y marco contextual, introducen al lector en la presentación de la propuesta de intervención y en temas medulares como la

neuropsicología y la rehabilitación neuropsicológica. Seguidamente, se presenta el marco conceptual, se describen los objetivos y la metodología; este bloque da cuerpo al trabajo final e incluye lo teórico y lo práctico, las técnicas y procedimientos que lo respaldan. Finalmente, el tercer bloque da respuesta a los objetivos propuestos y adiciona las recomendaciones que la realización de este estudio ha permitido.

1.2. Justificación

La presente propuesta de investigación plantea estudiar una ruta de abordaje acerca del trauma craneoencefálico (TCE) mediante la aplicación de una intervención psicoeducativa para la rehabilitación neuropsicológica dirigida a personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas por TCE.

Representa el fruto que resume el interés de las sustentantes y la motivación surgida a través de la revisión de la malla curricular de la Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud. Bajo la premisa de que el marco de aplicación de la psicología al campo de la salud es amplio, es decir, en el que convergen Psicología Clínica y Psicología de la Salud, y que a través de la historia ha permitido depurar las formas de abordaje; se realizó un estudio desde la Neuropsicología Aplicada.

Ardila y Rosselli (1992), clásicos y reconocidos investigadores latinoamericanos de la neuropsicología, plantean que el desarrollo de las neurociencias en el mundo científico en el siglo anterior trajo consigo la posibilidad de ampliar el estudio, descubrir nuevas aplicaciones a la vida cotidiana, combinar el trabajo de disciplinas y generar mejores condiciones de vida para aquellas personas que por distintas razones ven disminuidas sus capacidades cognitivas tras una lesión cerebral.

En el inicio del siglo anterior, las dos guerras mundiales proveyeron la oportunidad, trágica, pero a la vez significativa de aprender sobre la función cerebral y sus alteraciones. Al finalizar el siglo, el desarrollo de las neurociencias experimentó un auge y así, nace una nueva rama del conocimiento científico y de la semiología clínica denominada Neuropsicología, cuyo objetivo principal es estudiar las relaciones existentes entre las actividades cerebrales y las funciones psicológicas superiores (gnosias, praxias, lenguaje, memoria, etcétera.) (Rufo, 2006). Es la mediación de la disciplina entre lo normal y lo anormal, la que coloca en un papel determinante la rehabilitación, ya que es precisamente

la observación de los daños lo que ha permitido su evolución para lograr intervenir sobre ellos (Ardila y Rosselli, 2007).

Partiendo del supuesto de que rehabilitar es toda aquella actividad que intenta enseñar o entrenar en actividades dirigidas a mejorar el funcionamiento cognitivo y la personalidad global tras una lesión o enfermedad (Ginarte-Arias, 2002), es que se pensó en visualizar como facilitadores en los procesos de rehabilitación a las personas colaboradoras en el cuidado de pacientes con secuelas por TCE.

La literatura científica, por lo general, está dirigida a las intervenciones con las personas afectadas por los traumatismos y por ello da cuenta de la existencia de un reducido número de estudios dirigidos a las personas colaboradoras en el cuidado de otra que ha sufrido una lesión cerebral. Además, se propone la importancia de que los familiares y amigos puedan participar activamente de las jornadas de rehabilitación, ya que bajo ciertas circunstancias, se ha comprobado que la rehabilitación con el apoyo de un familiar puede lograr mejores resultados que la rehabilitación ofrecida por un profesional de la salud (Rimoldi et ál., 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud, el TCE es una de las principales causas de discapacidad en personas menores de cuarenta años (Rimoldi et ál., 2015). Por ello, se le considera un problema de salud pública. En las últimas décadas, los datos epidemiológicos registran un aumento y se determina una afectación a poblaciones en edad productiva (Bonilla-Santos et ál., 2016 y Carvajal-Castrillón et ál., 2009).

La discapacidad de las funciones cognitivas, físicas y/o psicosociales por causa del TCE pueden ser permanentes o temporales (Zárate, 2011). Podrían tener como origen: los accidentes de tránsito, las precipitaciones, las agresiones con arma o el maltrato infantil (Vargas y Bonilla, 2006).

La investigación epidemiológica del TCE se caracteriza a nivel mundial por sugerir dificultades por la falta de consenso para su registro (Lozano Gallego, 2009). En nuestro

país, siguiendo la afirmación anterior, el registro de traumatismos no se clasifica según el lugar del cuerpo donde se haya presentado la lesión, sino que dichos registros engloban todo tipo de traumatismos como amputaciones, golpes o traumatismos craneales, etcétera; no obstante, cabe destacar que en la zona del país en la que se realizó este estudio, el Departamento de Estadística del Hospital Enrique Baltodano Briceño de Liberia, registra en el Servicio de Emergencias un elevado número de atenciones de personas con traumatismos con edades entre los 20 y los 34 años (Hernández Cubillo, P., Medrano Canales, K., Villalobos Álvarez; J. J., Vidaurre Arredondo, M. y Salazar Estrada, M. C., comunicación personal, 23 de mayo de 2018).

Aunque los estudios epidemiológicos no arrojan datos contundentes sobre la mortalidad, morbilidad o grado de discapacidad del TCE en Costa Rica, un estudio realizado por Zárate (2011), titulado: *Características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de trauma craneoencefálico en la Unidad de Neurotrauma del Centro Nacional de Rehabilitación durante el período 2009-2010*, recopila los siguientes datos relevantes:

La incidencia estimada es de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes; de estos, el 80% serán considerados leves, un 10% graves y otro 10% moderados.

- Según sexo, existe una mayor incidencia entre los hombres, con una relación de 3:1 respecto a las mujeres.
- Según edad, el grupo comprendido entre los 15 y 29 años es el más alto.
- Según la causa, el 73% corresponde a accidentes de tránsito (predominan los accidentes de motocicletas en jóvenes menores de 25 años), 20% correspondiente a caídas (más frecuente en niños y adultos mayores), un 5% por lesiones deportivas y un 2% otras causas.

Puede observarse, que los accidentes de tránsito son los que encabezan las causas de lesiones por TCE, además, el citado autor explica que son los considerados leves, según

la escala internacional para categorizar este tipo de lesiones (Escala de Glasgow), los que representan el porcentaje más alto.

En la experiencia teórico-práctica que presentan los estudios, son los traumatismos considerados leves, los que reconocen mayormente problemática para las familias, generan gran confusión en las personas que colaboran en el cuidado, ya que dichas alteraciones no se reconocen a nivel físico (Charry, Cáceres, Salazar, López y Solano, 2017), pero presentan gran cantidad de síntomas neuroconductuales, tales como: irritabilidad, agresividad o dificultades en el comportamiento socialmente esperado (Carvajal-Castrillón y Restrepo Peláez, 2013).

En Costa Rica, el Consejo Nacional de Seguridad Vial (2017) da cuenta acerca de la presencia de una problemática, ya que la cantidad de lesionados por accidentes de tránsito va en aumento, en 2012 fueron 12 630 lesionados y en 2015, 18 143. Asimismo, los accidentes con heridos graves aumentan significativamente a partir de los 18 años y hasta los 58 años, los cuales son significativamente mayoría de hombres, por ejemplo 1727 hombres en 2012 y en ese mismo año, 346 mujeres. En la provincia de Guanacaste: Liberia, Bagaces, Cañas, Nicoya y Santa Cruz son de los cantones con más incidentes reportados.

Un elemento que se agrega a la problemática es que, para este tipo de pacientes, el sistema de salud no brinda una respuesta integral, ya que no se cuenta actualmente en Costa Rica ni a nivel público o privado, con protocolos en el área de intervención neuropsicológica de manejo del TCE (Hernández Cubillo, P., comunicación personal, 2019). Los y las profesionales en Psicología que se desempeñan en el sistema de salud costarricense, en este sentido, se limitan a realizar evaluaciones, por lo general solicitadas por los servicios de psiquiatría a aquellos pacientes que se presentan con síntomas neuroconductuales como consecuencia de un TCE (Hernández Cubillo, P., Medrano Canales, K., Villalobos Álvarez; J. J., Vidaurre Arredondo, M. y Salazar Estrada, M. C., comunicación personal, 23 de mayo de 2018).

Por lo general, lo que sucede en el sistema de salud es que luego de atender la emergencia al sufrir un trauma intracraneal, el seguimiento que tienen los pacientes es: en los servicios de fisioterapia, si presentan dificultades con la movilidad o bien, en los servicios de psiquiatría si presentan síntomas neuroconductuales. Pero no existe a nivel nacional ningún tipo de rehabilitación neuropsicológica para pacientes con secuelas por TCE.

En la Región Chorotega particularmente, el panorama es similar, una vez realizadas las cirugías, se referencia a los pacientes a los servicios de fisioterapia o psiquiatría. Aunque en la provincia de Guanacaste, el hospital regional cuenta con un área de salud mental con profesionales en psicología, estos, en situaciones relacionadas con este tipo de pacientes solamente formulan psicodiagnósticos o evaluaciones neuropsicológicas (Hernández Cubillo, P., Medrano Canales, K., Villalobos Álvarez; J. J., Vidaurre Arredondo, M. y Salazar Estrada, M. C., comunicación personal, 23 de mayo de 2018).

Así mismo, los profesionales en Fisioterapia, Ortopedia y Psiquiatría, entre otras disciplinas que pueden tener relación con la población meta de este estudio, expresan que los familiares o personas allegadas podrían facilitar el proceso de reinserción social y mejoramiento de la calidad de vida de una forma oportuna de pacientes con secuelas por TCE, teniendo en cuenta que no existe un servicio en este momento ni a nivel privado o público que supla esta necesidad (Hernández Cubillo, P., Medrano Canales, K., Villalobos Álvarez; J. J., Vidaurre Arredondo, M. y Salazar Estrada, M. C., comunicación personal, 23 de mayo de 2018).

Visualizando de esta manera la problemática y en aras de profundizar en ella, teniendo en cuenta que afecta a las personas a nivel fisiológico, cognitivo, emocional y social, así como en sus relaciones familiares, laborales y sociales en general, es que se planteó realizar el presente trabajo final de investigación aplicada desde un abordaje neuropsicológico. Se desarrolló en la ciudad de Liberia, una intervención psicoeducativa con las personas colaboradoras en el cuidado de aquellas que padecen secuelas por

trauma craneoencefálico, con la colaboración de la organización sin fines de lucro Senderos de Oportunidad que existe en la zona. Esta organización es el enlace que ofrece soporte a esta población a nivel intra y extrahospitalario.

El abordaje se propone ejecutarse por medio de la figura de la persona colaboradora en el cuidado de las personas con secuelas por TCE, porque se contempla que los familiares o allegados de una persona con esta afectación sufren un fuerte impacto a nivel personal tras el incidente y a menudo, se ven en la necesidad de afrontar tanto el traumatismo inicial y las secuelas posteriores como los cambios físicos, neuropsicológicos y emocionales que inevitablemente se producirán (Guerra-Martín, 2015). Muchas veces asumen colaborar en el cuidado con desconocimiento sobre el estado de la persona, de su proceso de recuperación y de las necesidades a nivel neuropsicológico para mejorar su calidad de vida.

Esta investigación se considera novedosa, debido a que no existen opciones como esta en la Región Chorotega, que le permita a las personas con secuelas por TCE y a sus familiares o personas allegadas que los acompañan en el cuidado, una alternativa de mejoramiento en su autonomía y calidad de vida. Asimismo, en la literatura científica las propuestas de rehabilitación neuropsicológica, por lo general, están dirigidas a personas que sufren procesos demenciales, en su mayoría adultos mayores y no a personas que han sufrido un TCE y se encuentran en edad productiva.

Los estudios en el área de la neuropsicología comprueban que, incluso habiendo terminado el tiempo de recuperación espontánea, la rehabilitación cognitiva genera cambios significativos en la cognición de los pacientes, especialmente en los procesos atencional y ejecutivos, ya que:

La rehabilitación cognitiva representa una alternativa de aprender a compensar, restituir, integrar y sustituir las funciones que se han visto afectadas por la lesión, y al mismo tiempo es una ventana, tanto para el paciente como para sus familiares de

vislumbrar la posibilidad de adaptarse al medio, a partir de su nueva condición.

(Bonilla Santos et ál., 2016, p.27)

1.3. Marco contextual

El presente estudio se realizó con el apoyo de la Fundación Senderos de Oportunidad, ubicada en Liberia, Guanacaste. Esta organización sin fines de lucro nace de la inquietud de personas con discapacidad, cuidadores, familiares y profesionales de la salud a cargo de esta población.

En el año 2013, un grupo de personas relacionadas con la población de personas que padecen alguna discapacidad (física o cognitiva) visualizaron la necesidad de apoyarles para solventar problemáticas relacionadas con su calidad de vida. De esta manera, se conformó el grupo fundador integrado por las siguientes personas: Dra. Maribel Del Real Turney, Licda. Kathia Medrano Canales y Dra. María Catalina Salazar Estrada.

Las profesionales que conforman este grupo fundador son funcionarias del servicio de Medicina Física y rehabilitación del Hospital Enrique Baltodano en Liberia, ello les ha permitido darse cuenta de las necesidades que exponen y aquejan a usuarios del servicio que han sufrido traumatismos craneales.

La misión de la organización es promover la atención integral y el cumplimiento de las normas vigentes en beneficio de las personas con discapacidad de la Región Chorotega. Tienen como objetivos fomentar la atención integral de las personas con discapacidad de la región, con ayudas técnicas y profesionales y velar por el cumplimiento de las normativas vigentes en relación con la accesibilidad e igualdad de oportunidades (Medrano Canales, K., comunicación personal, 23 de mayo de 2018).

Se pensó en recurrir a esta organización, debido a que el servicio de medicina física y rehabilitación del Hospital Enrique Baltodano es uno de los servicios que brinda la atención posterior a personas que han sufrido un trauma craneoencefálico, por lo tanto, la Fundación se convierte en un enlace ideal para dar soporte a esta población.

La Fundación tiene como sede un recinto ubicado en el centro de la ciudad de Liberia, Guanacaste. A través de los años ha beneficiado a gran cantidad de personas por

medio de distintos proyectos como: entrega de sillas de ruedas, coches especiales y otros equipos médicos necesarios para discapacidades.

En entrevista con la Licda. Kathia Medrano (Comunicación personal, octubre de 2020), comenta que a raíz de la pandemia, se ha dificultado poder realizar actividades para las personas que atiende la Organización. Cabe recalcar que las personas que conforman la Junta Directiva de la Fundación son funcionarias del Hospital Enrique Baltodano Briceño y ello les permite como profesionales, brindar acompañamiento a los casos desde este otro escenario.

En la coyuntura de la pandemia, también comenta la licenciada, el servicio de Fisiatría se ha visto limitado, ya que fue reubicado dentro del hospital, por lo tanto, no se cuenta con el equipo idóneo para brindar atención a usuarios, ya que se utilizó el espacio de Fisiatría para instalar la unidad COVID. En este momento están a la espera de que les adjudiquen un edificio para así, poder seguir brindándoles la atención y seguimiento adecuados a dichos pacientes.

CAPÍTULO II

2.1. Marco conceptual

La Psicología Clínica y de la Salud representan dos ámbitos de especialización de la disciplina psicológica. El presente estudio se propuso abordar una temática en la que confluyen estos dos ámbitos; por el lado de la clínica: la Neuropsicología, como una de sus más recientes subespecialidades y por el lado de la Psicología de la Salud: la atención del trauma craneoencefálico como una estrategia preventiva y de promoción de la salud; empero, tal y como plantearon Buela-Casal et ál. (1996), ya hace más de dos décadas no resulta fácil marcar los límites de la teoría entre dichos ámbitos y mucho menos en la práctica.

Se trató pues, desde el escenario de la Psicología aplicada, de una intervención con bases en el modelo cognitivo-conductual a través del método psicoeducativo y apoyado en el formato de grupo. Tapia Valladares et ál. (2012) recuerdan con vehemencia que la premisa básica de la investigación en Psicología aplicada es utilizar los principios teóricos de la Psicología fundamental para resolver o comprender los problemas en diversas áreas tales como la Educación, la Salud Mental o la Atención Clínica.

Las intervenciones en la práctica clínica y de la salud, por lo general, llevan implícito un componente educativo. El modelo cognitivo-conductual desde sus orígenes ha estado ligado directamente a las teorías del aprendizaje, dado que considera al ser humano como ente activo y responsable en los procesos que le afectan y sobre los cuales puede ejercer control (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012). Es por ello, que tomar posición en este estudio desde el mencionado modelo fue lo más conveniente.

El modelo cognitivo-conductual comprende las perspectivas teóricas de lo conductual y lo cognitivo. Sus procedimientos se fundamentan en lo experimental y su objetivo es la modificación de conducta. Modificación dirigida a conductas de salud que permitan a la persona una mejora en sus vidas, a través acciones estratégicas como las

técnicas de reestructuración cognitiva, las técnicas basadas en la información, en el aumento o disminución de conductas, técnicas dirigidas a la disminución de la ansiedad y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento o solución de problemas (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012).

Así mismo, la forma en la que se estructura el modelo permite que estas técnicas puedan ser desarrolladas de manera individual como grupal, ya lo anotó Aaron Beck en el clásico libro *Terapia Cognitiva de la Depresión* (1983), al incluir un capítulo dedicado al abordaje grupal redactado por Hollon y Shaw, en el cual se expuso lo prometedor que parecían ser en formato de grupo, los enfoques cognitivo-conductuales estructurados y de tiempo limitado. Se propone en este apartado del texto, cómo todo lo descrito a lo largo del libro puede ser aplicado de forma individual como de forma grupal, incluso se menciona los beneficios que proporciona combinar lo grupal y lo individual.

Garay, Keegan y Korman (2008) explican que, si bien, la terapia cognitivo conductual en formato grupal se ha utilizado mayoritariamente en el abordaje de enfermedades mentales, también ha sido utilizada en intervenciones dirigidas a personas con enfermedades médicas o a en riesgo con fines preventivos y se registra éxito y aceptación en este formato, porque no necesariamente las situaciones que se abordan justifican una atención individual.

Losada et ál. (2015) comentan que desde los años setenta se han realizado diversos tipos de intervención con personas cuidadoras y son las desarrolladas desde el modelo cognitivo-conductual, las que cuentan con mayor respaldo empírico para reducir el malestar emocional en esta población.

A continuación, se exponen aspectos conceptuales que fundamentan los contenidos desarrollados en este trabajo final de investigación aplicada. Por medio de su conceptualización, se intenta facilitar la comprensión de una intervención psicoeducativa dirigida a personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas por TCE.

2.1.1. Neuropsicología y rehabilitación neuropsicológica

La Neuropsicología es una disciplina científica que trata sobre la actividad del sistema nervioso, en los procesos cognitivos complejos tanto en estado normal como patológico y en todas las etapas de la vida del ser humano (Rufo Campos, 2006). Es el puente de unión entre diferentes aspectos del saber tales como la Neurología, la Psiquiatría y la Psicología. En la actualidad, la Neuropsicología comienza a formar parte del estudio de cualquier trastorno que afecte a la mente. Su objetivo esencial es estudiar las relaciones existentes entre la actividad cerebral, las funciones psicológicas superiores (agnosias, praxias, lenguaje, memoria, etcétera.) y cómo abordar las funciones corticales superiores humanas (Tirapu Ustároz, 2011).

La Neuropsicología clínica puede definirse como la aplicación de procedimientos, de técnicas y la utilización de apoyos, con el fin de que la persona con déficit cognitivo pueda retomar de manera segura, productiva e independiente sus actividades cotidianas. (Mateer, 2003). “Constituye un área de conocimiento especializado que estudia el desarrollo normativo y las consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales de la lesión cerebral en los seres humanos a lo largo del ciclo vital” (Salazar-Villanea, 2012, p. 1).

Entonces, la Neuropsicología clínica estudia las relaciones entre cerebro y conducta, por ello, la rehabilitación neuropsicológica es considerada una subespecialidad de esta, ya que el proceso de evaluación neuropsicológica debe ser siempre la herramienta básica para la rehabilitación y la planeación educativa (Hebben y Milberg, 2011). Así como también, permite identificar, describir y cuantificar tanto los déficits cognitivos como las funciones preservadas (Kotzeva et ál., 2010).

Muñoz Marrón (2009) plantea que la rehabilitación hace referencia a todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes, entre ellos, la atención, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas.

Así mismo, Portellano Pérez y García Alba (2014) explican que en sentido literal rehabilitación significa “volver a habilitar o restituir a alguien o algo a su antiguo estado” (p.43). Los mismos autores comentan que abarca cualquier estrategia que tenga como objetivo permitir a las personas, reducir las alteraciones cognitivas y conductuales, a menudo incluso recibe la denominación de rehabilitación cognitiva, ya que su objetivo se centra en el tratamiento de las alteraciones que afectan a cualquier dominio cognitivo.

La rehabilitación neuropsicológica está dirigida a aumentar la autoconciencia, mejorar el déficit cognitivo, desarrollar estrategias compensatorias, modificar los trastornos de conducta y ofrecer consejo profesional a los familiares y cuidadores de la persona con TCE. Se dice que la rehabilitación cognitiva suele aplicar dos tipos de procedimientos: reentrenamiento del proceso cognitivo afectado y desarrollo de estrategias compensatorias (Kotzeva et ál., 2010).

2.1.2. Neuropsicología cognitiva: su importancia para la rehabilitación

La psicología cognitiva postula que la mente es un sistema de procesamiento de la información, constituido por diferentes subsistemas. Por lo que esta corriente de la Psicología ha desarrollado diferentes metodologías para determinar cómo funciona el cerebro. La Neuropsicología pasa a ser una disciplina que valora cómo se desorganiza la función del cerebro cuando uno o más componentes están dañados (Portellano Pérez y García Alba, 2014).

La Neuropsicología cognitiva está basada teóricamente en la neuroplasticidad cerebral, que puede entenderse como la capacidad que tiene el cerebro para adaptarse y del tejido nervioso para regenerarse y reorganizarse luego de haber sufrido una lesión. Sobre esta premisa, la intervención neuro-rehabilitadora genera cambios funcionales y anatómicos. Los estudios demuestran la efectividad del tratamiento (Carvajal-Castrillón y Restrepo, 2009).

Además, se plantea que hace referencia a la intervención a nivel cognitivo que incluye una serie de ejercicios y trabajos terapéuticos, cuyo fin es estimular las áreas cognitivas deficientes de la persona, ya sea que no hayan sido adquiridas anteriormente o que sea necesario recuperar. Además, cuando hay un TCE se ve comprometida no sólo la dimensión física, sino también, la cognitiva y de comportamiento. Se parte de que el cerebro al sufrir una lesión ve alteradas o afectadas todas las dimensiones del comportamiento.

2.1.3. Trauma craneoencefálico: concepción y tipos

El trauma craneoencefálico (TCE) se refiere a lesiones adquiridas en las que se ve implicado al cerebro tras recibir un impacto. Se define como un intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico o funcional del contenido craneal, lo cual condiciona alguna de las manifestaciones clínicas siguientes: confusión o desorientación, pérdida de conciencia, amnesia postraumática y otras anomalías neurológicas (Kotzeva et ál., 2010).

La mayoría de los TCE son a cabeza cerrada, es decir, el cráneo queda intacto o fracturado, pero el cerebro no queda expuesto. Están relacionados con la fuerza física que imparte movimiento a la cabeza estacionaria o a una superficie dura que detiene la cabeza en movimiento (Vargas, 2014). El TCE ocurre en dos etapas: daño primario, el que ocurre en el momento del impacto; daño secundario, los efectos de los procesos fisiológicos derivados del daño primario (Vargas, 2014 y Kotzeva et ál., 2010). Así, puede clasificarse en:

Trauma craneoencefálico leve. La presencia de síntomas como pérdida de conciencia, amnesia, cefalea holocraneal, vómitos incoercibles, agitación o alteración del estado mental, van a diferenciar un TCE leve de un impacto craneal sin importancia que permanecería asintomático tras el golpe y durante la asistencia médica. Son los más frecuentes (Charry et ál., 2017).

Trauma craneoencefálico moderado. Se produce por activación del estrés oxidativo, aumentando los radicales libres de oxígeno, generando daño mitocondrial y del ADN. Estas lesiones son agravadas por daños intracraneales (lesión masa, hipertensión intracraneal, convulsiones, etcétera.) como extracraneales (hipoxia, hipotensión, hipoventilación, hipovolemia, coagulopatía, hipertermia, etcétera.) (Charry et ál., 2017).

Trauma craneoencefálico severo. Lesión primaria y secundaria con necrosis, apoptosis y/o anoikis (muerte celular programada por desconexión, que produce eventos de neurodegeneración y encefalomalasia, entre otros (Charry et ál., 2017).

2.1.4. Funciones neuropsicológicas y sus alteraciones

Atención

Puede ser entendida como un sistema complejo compuesto por subprocesos específicos, a través de los cuales se facilita la dirección de la orientación, el procesamiento de la información, la toma de decisiones y la conducta (Ríos Lago, et ál., 2008).

Funciones clínicas de la atención. Sohlberg y Mateer (2001), plantean que la atención puede clasificarse de la siguiente manera:

- ***Atención focal.*** Corresponde a la habilidad para enfocar la atención a un estímulo. Es la capacidad para dar respuesta de forma diferente a estímulos visuales, auditivos o táctiles específicos.
- ***Atención sostenida.*** Capacidad para mantener una respuesta de forma consistente en una actividad continua y repetitiva durante un período prolongado.
- ***Atención selectiva.*** Capacidad para seleccionar la información relevante a procesar o el esquema de acción apropiado de entre varias posibilidades (inhibiendo la atención a unos estímulos mientras se atiende a otros).
- ***Atención alternante.*** Capacidad que permite cambiar el foco de atención de forma sucesiva entre tareas que implican requerimientos cognitivos

diferentes. La atención alternante se relaciona con la flexibilidad mental, que permite cambiar el foco de atención y desplazarlo entre diferentes tareas sin perder ninguna de ellas, ejerciendo control para atender a la información de forma selectiva.

- **Atención dividida.** Capacidad para atender o responder simultáneamente a varios estímulos y tareas o a diferentes demandas de una misma tarea. Habilidades para distribuir los recursos atencionales entre diferentes tareas.

Alteraciones de la atención

Rains (2003) explica sobre las alteraciones de la atención, lo siguiente:

- **Alteración de la alerta y la atención focalizada.** Las alteraciones del sistema de alerta varían desde el coma hasta el estado de respuesta normal en la vigilia, pasando por la desorientación, la baja respuesta a la estimulación, la ausencia de reflejos de orientación, la somnolencia, etcétera.
- **Alteraciones de la vigilia y la atención sostenida.** La vigilancia hace referencia al proceso que se pone en marcha para detectar estímulos de escasa aparición, difíciles de discriminar y en tareas monótonas y de muy larga duración. Por lo que la mayoría de las personas con lesiones por TCE muestran importantes dificultades en la realización de este tipo de tareas. Estas no tienen tanto impacto en la vida diaria; sin embargo, las alteraciones en la atención sostenida tienen mayor impacto, ya que la tasa de estimulación es la norma en el entorno en que vivimos. Incluso en tareas de corta duración (pocos minutos), pero con una alta tasa de presentación de estímulos, la disminución del rendimiento es muy marcada.
- **Alteraciones de la atención selectiva.** Se puede manifestar de dos formas diferentes; por un lado, la atención guiada en exceso por la estimulación externa lleva a un aumento de distraibilidad (lesiones frontales). Por otra parte, las

dificultades de atención selectiva pueden manifestarse mediante una conducta rígida, inflexible o perseverativa.

- **Alteraciones de la atención alternante.** Estas consisten en la incapacidad para cambiar el foco atencional entre atributos de la estimulación atendidos, tareas o metas de acción y es una de las alteraciones neuropsicológicas más frecuentes. También, presentan dificultades para abandonar momentáneamente una tarea, realizar otra acción y volver a la tarea que había abandonado justo donde la dejaron. Asimismo, dificultades para adaptar su conducta a las necesidades cambiantes del entorno, aquellas situaciones en las se debe reorientar las metas y los patrones de acción. Por lo que la persona suele tener una conducta perseverativa y poco adaptativa.

Memoria

Se define como la habilidad para asimilar, almacenar y recuperar información. La asimilación de la información es el estadio de codificación de esta, la retención de la información es el estadio de almacenaje y el acceso a la información cuando se precisa corresponde al estadio de recuperación. Gracias a la memoria se puede saber todo aquello que es necesario para poder adaptarse al medio de una forma óptima. Por lo tanto, sin ella no se podría aprender cada día, cada momento representaría el principio y el final (Portellano Pérez y García Alba, 2014).

La memoria es compleja y heterogénea por lo que resulta difícil encuadrarla de la misma manera que el resto de los procesos neurocognitivos. Esta complejidad hace referencia entre otros aspectos a la existencia de diversos tipos de memoria en el ser humano, que corresponden con diferentes áreas cerebrales. De tal forma, la lesión en una de ellas no implica necesariamente daños en la memoria correspondiente a otras zonas (Portellano Pérez y García Alba, 2014). También, existen tipos de memoria, los cuales se describen seguidamente.

- **Memoria explícita.** También llamada memoria declarativa, corresponde a la información que puede ser evocada en forma consciente, como las fechas, objetos, rostros, conceptos, etcétera. Esta memoria almacena conocimientos que pueden ser expresados en forma verbal o escrita. Se divide en: a) memoria episódica, que se relaciona con el recuerdo de eventos y experiencias personales, como las vacaciones, el primer día de escuela de tu hijo o el programa de televisión que viste ayer, b) memoria semántica, que se relaciona con el recuerdo de los hechos, como el significado de una palabra, la fecha del descubrimiento de América o los elementos de la tabla periódica (Portellano Pérez y García Alba, 2014).
- **Memoria implícita.** Se refiere a la adquisición de conductas que manifiestan en habilidades motoras, perceptuales, cognitivas, aprendizaje no asociativo y condicionamiento clásico (Portellano Pérez y García Alba, 2014).
- **Memoria a corto plazo.** Es un sistema de memoria explícita. Está disponible durante pocos segundos y tiene una capacidad limitada. Requiere de conciencia y atención, se dice incluso que almacena los recuerdos mientras tiene lugar los procesos fisiológicos para que pasen a la memoria a largo plazo (Rains, 2003).
- **Memoria de trabajo.** Es una memoria temporal en línea que los sujetos utilizan para alcanzar objetivos inmediatos y a corto plazo, así como para resolver problemas mediante el uso de información de manera activa. También, se produce, además de un almacenamiento temporal, un procesamiento activo de la información (manipulación) que puede mantenerse durante cierto tiempo para realizar una acción o una serie de acciones o resolver problemas (Flores et ál., 2012).

- **Memoria largo plazo.** Sistema que almacena gran cantidad de información. No es una estructura unitaria, sino que en ella se distinguen diversos sistemas que hacen factible el recuerdo estable de conocimiento de la naturaleza diversa (Rains, 2003).

Además, Muñoz (2009) explica que los componentes de la memoria son los siguientes:

- Registro: captar estímulos a través de los sentidos.
- Codificación: transformación de la estimulación sensorial en diferentes códigos de almacenamiento, con el fin de poder organizar la información recibida. Este proceso puede ser consciente o inconsciente.
- Almacenamiento / Mantenimiento: resulta de la elaboración de la información previamente codificada, con el objetivo de crear un registro temporal o permanente de la información.
- Recuperación: acceso y evocación procedimental de la información almacenada previamente.

Lenguaje y habla

Es entendido como el conjunto de signos o sonidos articulados, señales y gestos con que la persona manifiesta lo que piensa o siente. Por lo tanto, es un sistema de comunicación para el ser humano (Maureira, 2016).

Son varias las estructuras del cerebro que están involucradas en el proceso del lenguaje, debido a ello, desarrollar acciones encaminadas a su rehabilitación es complejo. Entre ellas, la circunvolución supramarginal que se relaciona con procesamiento fonológico y escritura, el lóbulo temporal que actúa en la comprensión de las palabras a través de la memoria semántica, regiones subcorticales como el tálamo, los ganglios basales y el cerebro, relacionados con el monitoreo léxico-semántico, escritura lectura, etcétera. Y áreas prefrontales relacionadas con la planificación del lenguaje (González y Hornauer, 2014).

Alteraciones del habla y lenguaje

Se reconocen las siguientes alteraciones a nivel de lenguaje: las afasias, que pueden definirse como una perturbación en la comunicación verbal causada por lesiones cerebrales circunscritas (Hecaen, 1977). Además, corresponden a trastornos de la capacidad de usar el lenguaje, que se caracteriza por problemas en la comprensión, fluidez, denominación, comprensión, repetición y problemas en la lectura y escritura (Portellano Pérez, 2005). Las afasias presentan desestructuración del lenguaje producido por lesiones en diversas regiones de la corteza cerebral, casi exclusivamente del hemisferio izquierdo. Existen ocho tipos de afasias: de Broca, de Wernicke, de conducción, transcortical motora, transcortical sensitiva, mixta, global y subcorticales. Y estas son de dos tipos, según Rains (2003): afasia de Broca y la afasia de Wernicke. Se reconocen otras alteraciones como la alexia también conocida como dislexia y la acalculia. En detalle:

- ***Afasias Broca.*** Afasia de Broca tipo I: producto de lesiones exclusivas del área 44 de Brodmann del hemisferio izquierdo, que se manifiesta con defectos leves en la articulación, lo que produce un acento extraño al hablar. Afasia de Broca tipo II: producto de lesiones del área 44 de Brodmann, de la región opercular, la circunvolución precentral, la ínsula y sustancia blanca paraventricular y periventricular. Este problema presenta todos los rasgos del síndrome afásico de Broca (Ardila, 2005).
- ***Afasia de Wernicke.*** Afasia de Wernicke tipo I: producto de lesiones en el área 22 de Brodmann, la región insular y la región posterior temporal del hemisferio izquierdo, que se manifiesta como la incapacidad de comprender el lenguaje oral, aunque estos pacientes pueden identificar sonidos no verbales. Afasia de Wernicke tipo II: producto de lesiones en el área 22 de Brodmann y la circunvolución temporal superior y media del hemisferio

izquierdo. Este trastorno se manifiesta como la incapacidad de comprender el lenguaje escrito (Ardila, 2005).

- **Afasia de conducción.** También llamada afasia motora quinestésica o afasia aferente. Se caracteriza por un lenguaje fluente y parafásico, comprensión del lenguaje y comprensión lectora relativamente normal, con problemas en la denominación, lectura en voz alta y escritura, con alteración grave de la repetición. Este trastorno suele presentarse con apraxia ideomotora, hemiparesia derecha y pérdida de sensibilidad cortical (Benson y Ardila, 1996). Las personas son conscientes de su problema, que es producido por lesiones en el fascículo arqueado, circunvolución precentral y supramarginal y la ínsula (Ardila, 2005).
- **Alexia.** Alexia pura verbal: donde la persona puede reconocer letras individualmente, pero es incapaz de leer palabras. Alexia pura literal: donde la persona puede leer palabras, pero es incapaz de reconocer letras separadas. Alexia pura total: mezcla de las dos anteriores. Alexia con agrafia: también conocida como agrafia central. Se caracteriza por la incapacidad del paciente para leer y escribir. Generalmente se presenta con pérdida sensorial del hemicuerpo derecho y afasia. Este trastorno es producido por lesiones de la circunvolución angular del hemisferio izquierdo producido por oclusión de la rama angular de la arteria cerebral media izquierda (Ardila, 2005).
- **Acalculia.** Acalculia primaria: conocida como anaritmia. Se caracteriza por una pérdida de los conceptos numéricos, incapacidad para entender cantidades y déficit en la ejecución de operaciones matemáticas básicas por lo general se presentan con afasia de conducción y se produce por lesiones parietales posteriores del hemisferio izquierdo (Ardila, 2005). Acalculias

secundarias: se dividen en varios tipos: Acalculia afásica: presenta dificultades para manejar la sintaxis aplicada al cálculo, la acalculia en la afasia de Wernicke presenta problemas en la memoria verbal relacionada con el cálculo. Las características específicas de estas acalculias dependerán de las afasias a las que están asociadas (Ardila, 2005). Acalculias agráficas: problemas de cálculos asociados a problemas de escritura. Acalculias frontales: pacientes pueden realizar cálculos matemáticos sencillos sobre todo con papel, pero presentan dificultades al realizar cálculos mentales, además de ser incapaces de realizar cálculos complejos.

Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas son aquellos procesos cognitivos que permiten la organización y planeación, la flexibilidad cognoscitiva, la capacidad de filtrar interferencias, el control de las conductas dirigidas a una meta, la habilidad de anticipar las consecuencias de la conducta, el manejo simultáneo de diversos subsistemas necesarios para realizar una tarea y también incluye la moralidad, la conducta ética y la autoconciencia (Ardila y Rosselli, 2007).

Para Portellano Pérez (1998), Hernández et ál. (2002) y Pineda (2000), los lóbulos frontales constituyen la parte del cerebro que se sitúa por delante del surco central, constituyendo casi el 30% de la masa cortical. Por lo tanto, cuando se habla de evolución, el córtex frontal es la región cerebral con un desarrollo filogenético y ontogenético más reciente y la parte del ser humano que, de manera más significativa, hace la diferencia entre los seres humanos con otros seres vivos, razón por la que muchos investigadores le asignen el asiento de la inteligencia y su relación con las formas de actividad mental más elevada.

Los lóbulos frontales son responsables de funciones cerebrales “superiores”, como planear, tomar decisiones y juzgar (todas ellas llamadas “funciones ejecutivas”). Cuando esto se lesiona, un individuo puede ser indeciso o apático y tener problemas para iniciar una actividad. Los lóbulos frontales también son responsables de regular, chequear e inhibir emociones y acciones. Muchos, supervivientes de TCE con daño frontal son impulsivos, malhumorados, agitados, fácilmente irritables, explosivos o bien, se les dificulta la toma de decisiones (Rosselli, M. et ál., 2010). Esta función mental posee tres características destacadas: capacidad para llevar a cabo con éxito tareas dirigidas al logro de un objetivo, capacidad para resolver problemas complejos para los que no se tiene una respuesta previamente aprendida y capacidad para adaptarse y responder ante situaciones novedosas de las que se carece experiencia previa (Portellano Pérez y García Alba, 2014).

Trastornos de las funciones ejecutivas

Se reconocen como trastornos de las funciones ejecutivas: síndrome prefrontal orbitofrontal, síndrome prefrontal medial o del cíngulo anterior y el síndrome disejecutivo. La alteración de la función ejecutiva impide a la persona llevar a cabo una conducta o la solución de un problema con éxito. Una característica llamativa es que los pacientes parecen apáticos, lentos, inatentos, distraídos, carecen de curiosidad, etcétera., además, los sujetos con lesiones del hemisferio izquierdo tienden a presentar depresión (Portellano Pérez y García Alba, 2014). Con más detalle al respecto puede describirse lo siguiente:

- ***Síndrome prefrontal orbitofrontal.*** Se caracteriza por una conducta desinhibida, impulsividad y conducta antisocial. Estos pacientes poseen escaso control inhibitorio, pueden ser hiperactivos, desorganizados, con déficit de atención, con poca preocupación de las consecuencias de sus acciones. Estos individuos también presentan cambios de personalidad, trastorno pseudopsicopáticos, irritabilidad, agresión, ecopraxia (repetición

involuntaria por imitación de los movimientos de otros), incapacidad para adaptarse a las normas sociales, euforia e inadaptación de conducta emocional (Rosselli, M. et ál., 2010).

- **Síndrome prefrontal medial o del cíngulo anterior.** Se caracteriza por desmotivación, apatía, pasividad e inercia, con afección del sistema atencional. Estos pacientes presentan además, alexitimia (incapacidad para identificar y expresar emociones), hipolalia (disminución o retraso en expresión verbal), restricción del lenguaje y trastornos pseudodepresivos, también es posible la existencia de mutismo acinético (Rosselli, M. et ál., 2010).
- **Síndrome disejecutivo.** Se caracteriza por deterioro de la atención, bajo control de inhibición de interferencia, déficit en la memoria de trabajo, bajo nivel de planificación y problemas temporales de la conducta. También se ha asociado a la incapacidad de generar nuevas hipótesis, dificultad para la resolución de problemas complejos, pérdida de flexibilidad cognitiva, tendencia a la perseveración, disminución de la fluidez verbal, pérdida de estrategias para realizar nuevos aprendizajes, problemas para iniciar la programación motora y problemas para ejecutar movimientos alternos (Rosselli, M. et ál., 2010).

2.1.5. Rol del facilitador en la rehabilitación neuropsicológica

Ofrecer cuidados a otra persona es una acción que se realiza con frecuencia y que todas las personas en distintos momentos han realizado por o para otra persona, ya que cuidar es una actividad propia y fundamental del ser humano para la conservación de la vida. Las personas con lesiones cerebrales, al encontrarse en una situación diferente tras la lesión, con menor capacidad en las funciones de la vida diaria y menor autonomía,

requieren del apoyo y/o acompañamiento de una o varias personas que colaboren en su cuidado. Las atenciones brindadas van desde ayuda física hasta acompañamiento afectivo.

La persona que colabora en el cuidado puede concebirse como una figura de atención directa para la asistencia en las actividades de la vida diaria y en las labores de cuidado. El rol de cuidador adquirió mayor significancia, en la década de los setenta, cuando se le dio un carácter más instrumental a su desempeño, un lugar de importancia como figura clave en la recuperación de la salud (Cruz Rivas y Ostigúin Meléndez, 2011).

Para Islas Salas et ál. (2006), la persona que acompaña en el cuidado se le representa como facilitadora y se le define como: aquella persona que brinda los apoyos y servicios intermitentes, generalizados o de algún otro tipo, necesarios en el desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas en condición de discapacidad, en cualquiera de los ámbitos de participación social desde el paradigma de vida independiente y/o autonomía personal.

Manejar una enfermedad crónica es una actividad muy compleja, requiere que los cuidadores desarrollen destrezas y conocimientos cada vez más complejos y las relaciones familiares van cambiando a medida que las complicaciones en el manejo de la enfermedad se presenten, ahí radica la importancia de que se dicten programas (educativos o prácticos) para los familiares, en los cuales puedan tener un espacio y la oportunidad de hablar de sus sentimientos y desarrollar expectativas realistas sobre la recuperación de la persona con TCE (Rimoldi et ál., 2015).

La psicoeducación como método permite el que se conciba a ese colaborador en el cuidado como sujeto aprendiente que adquiere experiencias de aprendizaje nuevas y se dispone al entrenamiento en autocuidado y autonomía, y el cual puede ser capacitado para reducir las alteraciones cognitivas y conductuales de una persona con secuelas por TCE.

2.1.6. Psicoeducación como alternativa de intervención con personas colaboradoras en el cuidado

La intervención psicológica concebida desde la Psicología de la salud y dirigida a personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas por trauma craneoencefálico conviene que sea desarrollada con técnicas del enfoque cognitivo-conductual, tal y como se mencionó al inicio de este apartado. Dicho modelo es el más recomendado en general por su naturaleza educativa (Buela y Casal et ál., 1996).

Cuenta con técnicas y programas específicos para la intervención y afrontamiento de diferentes trastornos y/o enfermedades, herencia de la línea experimental de la cual ha surgido (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012). Por lo tanto, su nivel de estructuración propone la posibilidad de que el abordaje pueda realizarse de forma individual como de forma grupal.

Para López (2001), la psicoeducación consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares del paciente, la información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Además, manifiesta que la atención debe redundar en primer término en beneficio de la persona que tiene el trauma y su objetivo debe ser mejorar la calidad de vida.

Psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca del sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias. Busca hacer participe al usuario acerca de lo que se sabe científicamente sobre su problema. Se intenta que este conocimiento lo aplique a la mejora de su vida, de su desarrollo personal y de su núcleo familiar (Rebolledo y Lobato, 2002).

Por otra parte, la psicoeducación se fundamenta en los conocimientos desarrollados a partir de la reflexión acerca de la experiencia de intervenciones con personas en dificultades de adaptación o riesgo de estarlo. Estos conocimientos se enriquecen con los desarrollados por la ciencia analógica como la psicología, la educación, la sociología y la biología (Dionne y Vizcarra, 2010).

En el trabajo con personas que colaboran en el cuidado, la intervención se dirige a la modificación de conductas concretas, en este sentido, las técnicas del modelo cognitivo-conductual son ideales para este tipo de abordaje, porque incluyen técnicas de reestructuración cognitiva, de mejora en las habilidades de afrontamiento, de entrenamiento en habilidades sociales, para la solución de problemas y para el tratamiento del estrés (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Por otro lado, el modelo cognitivo conductual brinda la posibilidad de desarrollar desde un acercamiento grupal un espacio terapéutico para la expresión emocional y la validación de la experiencia de cuidado. A menudo, los familiares tienen muchas dudas relacionadas con el cuidado y la rehabilitación. Además, la atención grupal, en la que se reciben refuerzos de unos con otros, permite mejorar la práctica, promueve conductas positivas y la interacción entre los integrantes (Rimoldi et ál., 2015).

En este mismo sentido y en atención a esa tarea terapéutica del grupo, como parte de la intervención, se incluyó la técnica cuidadores ayudando a cuidadores, herramienta que deviene del entrenamiento profesional en disciplina positiva y cuyo nombre original es padres ayudando a padres. Es una adaptación de la herramienta desarrollada por Jane Nelsen (2009) en la década de los ochenta y se ejecuta promoviendo en las sesiones un espacio en el que un padre o una madre voluntario (a) pasa al frente del plenario y describe con lujo de detalles un problema relacionado con la crianza de sus hijos. El resto de los padres escucha el problema y en una lluvia de ideas de manera respetuosa, valida los sentimientos y pensamientos a través de la escucha y brinda posibilidades de acción adecuadas a las emociones del niño (a) para solucionar el problema. Se debe brindar el tiempo necesario para que las personas participantes puedan experimentar sentimientos y tomar decisiones.

Es por ello por lo que dirigir la intervención psicoeducativa a la persona que colabora en el cuidado y realizarlo de forma grupal puede ser más eficaz que el suministro de

información por sí solo y de forma individual, el trabajo grupal podría beneficiar la comprensión individual para experimentar la experiencia de cuidado desde una óptica de salud, de afrontar y resolver ante su rol como persona colaboradora en el cuidado.

2.1.7. Personas con secuelas por TCE: autonomía y reinserción social

El enfoque social de una lesión cerebral por TCE, en primera instancia tiene que ver con la adquisición de una discapacidad, que tendrá un impacto importante sobre la función social de quien lo padece. En el contexto social y familiar de la persona afectada, debe incluirse en el tratamiento el proceso de rehabilitación de las secuelas por TCE, con el objetivo de enseñar a las personas funcionalmente discapacitadas a que convivan con sus discapacidades y a pesar de ellas (Carreón-González, H., 2017).

Confluyen en este tema, un conglomerado multidisciplinar que va desde lo legal hasta lo psicológico, pero lo cierto es que tanto para la persona con secuelas como para los familiares y allegados, esta es una realidad que necesita ser abordada. En este sentido, incluir un apartado para analizar el tema de la reinserción social y la autonomía en este estudio se concibe como el derecho y la necesidad de que la persona con secuelas por TCE pueda avanzar de la típica situación de dependencia en la que se le coloca, a una en la que se potencie la vida autónoma y se reestablezcan e incentiven las habilidades sociales.

Cuando se habla de autonomía, en general, se hace referencia a la capacidad que tiene una persona para llevar algo a cabo sin ayuda, sin colaboración de un tercero, de manera independiente. En Costa Rica, existe la Ley N.º 9379 para la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad, en la cual se conceptualiza la autonomía personal como el derecho que tienen las personas para tomar sus propias decisiones sobre su proyecto de vida. Se presenta en dicha Ley, la figura del asistente personal humano, el cual no se visualiza como un “cuidador (a)” sino como una persona

que colabora en el cuidado y al cual se le determina el tipo de apoyo, la intensidad y la cantidad de horas que debe brindar soporte (UNFPA, 2018).

En términos prácticos, la autonomía personal está compuesta por elementos relacionados con las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, las posibilidades de movilidad y desplazamiento, el área ocupacional y la integración comunitaria (Sanz, 2016). Dada la heterogeneidad de las secuelas y los factores ambientales asociados, así como los recursos disponibles del paciente y la familia, el diseño del plan de atención supone como premisa básica la evaluación individual, con el fin de que se encuentre acorde con las situaciones específicas de cada caso (Carreón-González, H., 2017).

CAPÍTULO III

3.1. Planteamiento de la pregunta de investigación y objetivos

3.1.1. Pregunta de investigación

¿Cómo la intervención psicoeducativa grupal dirigida a familiares y colaboradores en el cuidado puede ser una estrategia de abordaje para la rehabilitación neuropsicológica de personas con trauma craneoencefálico?

3.2. Objetivo general

Determinar el impacto de la aplicación de una intervención psicoeducativa en rehabilitación neuropsicológica, dirigida a familiares o allegados que colaboran en el cuidado de personas con secuelas por TCE, en la ciudad de Liberia.

3.3. Objetivos específicos

Brindar información sobre las generalidades del TCE y funciones cognitivas a personas colaboradoras en el cuidado de personas con dicha afectación.

Proveer técnicas y estrategias para la rehabilitación neuropsicológica de las secuelas en las siguientes funciones cognitivas: atención, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas, a personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas por TCE.

Describir los cambios surgidos a partir de la participación en la intervención grupal psicoeducativa en rehabilitación neuropsicológica.

Promover por medio de la intervención grupal psicoeducativa con familiares y personas colaboradoras en el cuidado, la reinserción social a las funciones de la vida diaria y la comunidad de personas con secuelas por TCE.

3.4. Objetivo externo

Documentar una propuesta de intervención psicoeducativa para personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas por trauma craneoencefálico.

CAPITULO IV

4.1. Marco metodológico

Se tomó como una de sus bases teóricas la neuropsicología en este trabajo final de investigación aplicada, la cual, siendo una de las aplicaciones actuales de la disciplina psicológica, constituye un paradigma novedoso para analizar los procesos de salud-enfermedad y acercarse a la complejidad de las relaciones entre cerebro-mente-conducta (Tirapu Ustárroz, 2011).

Las líneas de investigación en Neuropsicología a nivel mundial, por lo general, se plantean en dos direcciones, por un lado, a la comprensión de los mecanismos cerebrales implicados en la conducta y por otro, a dar respuesta a las necesidades de evaluación y rehabilitación del paciente con daño cerebral (Román, 2004).

Se desarrolló un estudio orientado hacia la investigación cualitativa y en concordancia con la segunda línea de investigación mencionada anteriormente: la rehabilitación, en este caso, dirigida a familiares o allegados de personas con secuelas por trauma craneoencefálico que participen como facilitadores en estos procesos de rehabilitación.

En el marco de la investigación cualitativa, su desarrollo trató de comprender el fenómeno de estudio desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Asimismo, el diseño de investigación es evaluativo, en el cual la estrategia a seguir fue la de evaluar el impacto de una acción psicoeducativa, teniendo como punto de partida, una serie de indicadores que al finalizar podrán dar cuenta de lo sucedido, su interés se centró en observar la eficacia con que se desarrolló dicha acción.

La evaluación del impacto es una metodología que recientemente es utilizada en el ámbito de la salud, en especial para el manejo de tipo epidemiológico, es decir, que intenta

dar seguimiento a una enfermedad, un factor de riesgo o como en este caso, a una acción que puede funcionar como un factor protector, como lo es la psicoeducación.

En este sentido, Taylor (2007) expone que algunas de las valiosas contribuciones de la Psicología de la salud corresponden a la evaluación de tratamientos o intervenciones, a la medición de su efectividad.

Scoppetta (2006) explica que la evaluación en salud es un medio sistemático para aprender empíricamente y utilizar las lecciones aprendidas, evaluar dice, implica hacer una comparación. Asimismo, expone que impacto se refiere a la dimensión en la que se realiza esa evaluación. La evaluación del impacto de un programa, proyecto, acción o intervención en salud se basa en verificar si los resultados que se obtienen, indican mejoría para el problema que se quería abordar. Se desarrolló entonces una evaluación del impacto por indicadores. Los indicadores, explica Sandoval (2003), son herramientas de medida que permiten evaluar, dar seguimiento, predecir y comparar.

El método de referencia utilizado en este estudio fue la psicoeducación, el cual, según López (2001), consiste en una aproximación terapéutica en la que se proporciona a los familiares información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Espín Andrade (2009) relata que “los programas psicoeducativos son el procedimiento de intervención más habitual y generalizado para dotar a los familiares de recursos para el cuidado” (p 11). En este caso, la acción psicoeducativa se estructuró por temáticas que incluyen la promoción de las habilidades de la persona colaboradora en el cuidado y su autocuidado, como el entrenamiento en rehabilitación neuropsicológica.

Finalmente, en este apartado debe comentarse que debido a la situación de pandemia que se vive mundialmente por la COVID-19, fue necesario solicitar la aprobación de algunos ajustes metodológicos, entre ellos:

- Incluir dentro de los criterios de inclusión el requerimiento de que los participantes cuenten con acceso a Internet y a un dispositivo inteligente.
- Utilizar los recursos que brinda la virtualidad para el contacto con los participantes, tales como llamadas telefónicas, videollamadas, sesiones mediante la plataforma de Zoom y la utilización de la plataforma de WhatsApp como un apoyo, especialmente para el seguimiento individual de los casos.
- Realizar visitas domiciliarias para crear *rapport* con las personas participantes y completar acciones que sólo son posibles en la presencialidad.

Hacer uso de recursos materiales que promuevan el seguimiento de las actividades con los participantes, en este caso, se construyó un kit de herramientas.

4.2. Población

Esta propuesta de intervención psicoeducativa se realizó con doce personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas por trauma craneoencefálico, los cuales se visualizan como los beneficiarios directos de esta intervención; asimismo, los beneficiarios indirectos son las personas con secuelas por TCE como sus familiares más cercanos. Las personas participantes en el estudio cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión que se exponen a continuación:

Tabla N.º 1 Criterios de Inclusión y exclusión aplicados a la población participante.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Familiares o personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas por trauma craneoencefálico.	Familiares o personas colaboradoras de personas que su diagnóstico no sea trauma craneoencefálico.
Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas de TCE que tengan accesibilidad para participar en todas las sesiones.	Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas de TCE que no tengan accesibilidad para asistir a todas las sesiones.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas de TCE que han sido entrevistadas por las sustentantes en una sesión previa.	Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas de TCE que no han sido entrevistadas por las sustentantes en una sesión previa.
Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas de TCE que sean referidas por la Fundación Senderos de Oportunidad.	Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas de TCE que no sean referidas por la Fundación Senderos de Oportunidad.
Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas de TCE que no estén hospitalizadas(os) ni tengan diagnóstico de terminalidad.	Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas de TCE que estén hospitalizadas (os) o tengan diagnóstico de terminalidad.
Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas por TCE que cuenten con acceso a Internet y a un dispositivo inteligente.	Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas por TCE que no cuenten con acceso a Internet y a un dispositivo inteligente.
Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas de TCE que no tengan capacidad mental disminuida, esquizofrenia o trastorno mental del grupo del eje II descompensado.	Familiares o personas colaboradoras de personas con secuelas de TCE con capacidad mental disminuida, esquizofrenia o trastorno del grupo del eje II descompensado.

4.2.1. Selección de las personas participantes

Las personas participantes del estudio fueron reclutadas en la provincia de Guanacaste con el apoyo de la Fundación Senderos de Oportunidad. La organización fue la encargada de brindar a las sustentantes el contacto telefónico de los y las posibles participantes. En este proceso, se utilizó como guía los criterios de inclusión y exclusión. Se solicitó reclutar a quince familiares o allegados para ser invitados a participar en el proyecto y se entregó una carta de invitación para las personas reclutadas (Ver Anexo 1).

En primera instancia, se contactó vía telefónica a las 15 personas reclutadas (Ver Anexo 2). El objetivo principal de este contacto fue:

- Dar a conocer los objetivos del estudio y determinar el interés de la persona a quien se contactó.
- Corroborar los criterios de inclusión y exclusión.
- Conocer la disponibilidad tanto de tiempo como de acceso a tecnologías de información de la persona contactada.

De las 15 personas reclutadas, sólo diez mostraron interés y/o cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, en especial, lo referido al acceso y uso de las tecnologías de información. Fue necesario solicitar una nueva búsqueda a la organización para completar a las 12 personas participantes que requería el estudio. Se realizó la misma dinámica expuesta anteriormente para la selección de participantes.

4.3. Estrategias de intervención

Comprende la realización de tres fases; a continuación, se describe cada una de ellas:

Fase I: formulación de elementos previos a la intervención psicoeducativa

Una intervención psicoeducativa de esta naturaleza, en la que media evaluar el impacto, exige la preparación y conocimiento del escenario previo a su inicio. Es por ello por lo que, en esta fase, se desarrollaron básicamente dos elementos: el diseño y confección de material psicoeducativo para la intervención y la caracterización de las personas participantes.

Diseño y confección de material psicoeducativo para la intervención: libreta de ejercicios, videos y presentaciones multimedia.

Se preparó material impreso que permitiera a las personas participantes tener en sus manos una guía a manera de hilo conductor durante la intervención. Previo a la emergencia sanitaria por la COVID-19, ya era del interés de las investigadoras hacer uso

de este recurso; sin embargo, en esta coyuntura, la utilización de este tipo de material se hizo imprescindible.

La decisión se basó en las recomendaciones de una organización española con amplia trayectoria en el desarrollo de intervenciones psicoeducativas con cuidadores (as) de pacientes con demencia. La Fundación INTRAS (2005) plantea que la aceptación de la psicoeducación por otros medios diferentes a la modalidad presencial está mediada por: la conciencia de los participantes de la dificultad de desplazarse para obtener información y ayudar a su familiar, la necesidad de tener material de apoyo para usarse a distancia y la existencia de tutorías (videoconferencias), así como que el profesional que acompaña el proceso de psicoeducación sea accesible.

Además de ello, autores como García (2001) proponen que la educación a distancia es una forma de educar y se refiere a cualquier intento de aprendizaje sobre un tema que no se encuentre bajo la supervisión continua e inmediata, pero que cuenta con orientación, planificación e instrucción del que enseña; es autónoma e independiente y es el diseño didáctico del material lo que sustituye a la interacción continua e inmediata. Esta forma de aprendizaje pone su énfasis, continúa el mismo autor, es uno de los actores del proceso educativo: el que aprende, ya que lo importante será este y sus necesidades; el otro actor: el que enseña, será un facilitador que diseña el material idóneo y guía el proceso. Actualmente el avance tecnológico ha ampliado los recursos con los que se puede contar en esta modalidad que va desde los medios didácticos escritos, los recursos audiovisuales y hasta la utilización de herramientas en entornos a través de Internet.

En detalle, el material diseñado y confeccionado fue:

Libreta de ejercicios. Documento para ser impreso, encuadernado y entregado a las personas participantes. Recopila información, ejercicios y actividades. Está confeccionada para que la persona colaboradora en el cuidado, la maneje como guía durante la intervención psicoeducativa. Consta de 80 páginas que incluye las secciones de:

generalidades del trauma craneoencefálico, estrategias de afrontamiento, atención y concentración, memoria, habla y lenguaje, funciones ejecutivas. En general, contiene ejercicios para la rehabilitación neuropsicológica de personas con secuelas por TCE y actividades que promueven las habilidades del cuidado y el autocuidado para la persona colaboradora en el cuidado (Ver Anexo 3).

Videos y presentaciones multimedia. Material digital para compartir vía WhatsApp y ser discutida posteriormente en una sesión de trabajo grupal sincrónica con apoyo de la plataforma de Zoom. Se grabó un video introductorio que daba la bienvenida a las personas participantes y exponía nuevamente sobre la propuesta de intervención.

Además, se grabaron seis videos con sus respectivas presentaciones en multimedia; cada uno explicaba la temática del módulo, cuya teoría está desarrollada en el marco conceptual de este estudio y se compartió también de forma impresa en la libreta de ejercicios a cada participante, a saber: generalidades del TCE, estrategias de afrontamiento, atención-concentración, etcétera.

Caracterización de la población participante: perfil inicial

Este apartado corresponde a la determinación de la situación de cada uno de los casos participantes, es decir, de las personas con secuelas por TCE y sus respectivas personas colaboradoras en el cuidado, los que constituyen una díada que representa para las investigadoras un caso, una situación particular. Como se hizo referencia anteriormente, la construcción de un perfil inicial es la base para intentar medir el impacto de la acción psicoeducativa implementada, tanto para la persona con secuelas por TCE, como para las personas colaboradoras en el cuidado. Fue necesario para el desarrollo de este elemento, formular y aplicar una entrevista con la persona colaboradora en el cuidado, una valoración de la situación de la persona con TCE y una guía para la realización de una visita domiciliar. A continuación, se expone cada una de ellas:

Entrevista con las personas participantes. Se realizó vía telefónica, representó un segundo contacto con las doce personas colaboradoras en el cuidado reclutadas para participar. El primer paso fue confirmar la aceptación para ser parte del estudio. En segundo lugar, se planteó una serie de interrogantes respecto a: datos sociodemográficos de la persona colaboradora en el cuidado y datos generales sobre la situación de cuidado como: tiempo en rol, funcionalidad y autonomía de la persona con secuelas por TCE, autocuidado, redes de apoyo, conocimiento sobre el TCE, entre otros (Ver Anexo 4). Finalmente, se aprovechó el espacio para motivar e indagar sobre el uso de las tecnologías de la información.

Valoración de la situación de la persona con TCE: este instrumento incluye la respuesta por parte de las personas colaboradoras en el cuidado de una serie de interrogantes relacionadas con los datos sociodemográficos de la persona con secuelas por TCE, una breve reseña sobre las condiciones que se dio el trauma, funcionalidad y autonomía (Ver Anexo 5). El documento finaliza con un *screening* neuropsicológico apoyado en el test Montreal Cognitive Assessment (Lozano Gallego et ál., 2009) que es completado en la visita domiciliar y es aplicado directamente a la persona con secuelas por TCE.

Guía para la visita domiciliaria. Se coordinó una visita domiciliar con cada una de las personas colaboradoras en el cuidado, solicitando que estuvieran también presentes las personas con secuelas por TCE. Se elaboró una guía para su desarrollo (Ver Anexo 6). Los objetivos fueron: verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión; firmar el consentimiento informado y generar empatía con las personas participantes. Por lo tanto, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a) Presentación.
- b) Discusión y firma del consentimiento informado (Ver Anexo 7).

- c) Entrega y explicación general del material psicoeducativo impreso para el seguimiento de la intervención.
- d) Completar la valoración de la persona con secuelas por TCE, a través del instrumento valoración de la situación de la persona con TCE, que se inició con el discurso de la persona colaboradora en el cuidado durante la entrevista vía telefónica. Se aplica el test MoCA (Montreal Cognitive Assessment) a la persona con secuelas por TCE. Esta prueba consiste en un test de cribado para evaluar el deterioro cognitivo leve. Valora seis dominios: memoria, capacidad visuoespacial, funciones ejecutivas, atención/concentración, lenguaje y orientación (Lozano Gallego et ál., 2009) (Ver Anexo 8).
- e) Aplicación del instrumento: estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios. Se le presenta a la persona colaboradora en el cuidado, una lista de situaciones que las personas piensan, sienten y/o hacen para enfrentar el cuidado de un paciente, con el fin de que las califique en una escala de 0 a 3. El instrumento comprende 15 reactivos divididos en dos factores (dirigidos a la emoción) y tres indicadores (dirigidos al problema). Permite explorar la situación de cuidado para tener una idea general sobre ella. (Espinoza-Salgado; Reyes-Lagunes; Velasco-Rojano; Bravo-González y Ramírez-Ramírez A, 2017) (Ver Anexo 9).
- f) Motivación al uso de los dispositivos inteligentes y las plataformas de apoyo digital como WhatsApp y Zoom.

Fase II: ejecución de la acción psicoeducativa con las personas colaboradoras en el cuidado

Se partió de la premisa de que una sesión psicoeducativa se considera como un espacio en el que se ofrece a personas que colaboran en el cuidado información acerca de la enfermedad y su manejo; además, en ella se brinda estrategias de afrontamiento y apoyo emocional (Espín, 2011).

Tal y como se preparó en la fase anterior, cada una de las personas participantes ya contaba con una libreta de ejercicios impresa y el acceso a videos y presentaciones multimedia para el seguimiento de la intervención. La ejecución de las actividades propuestas para la intervención psicoeducativa, se desarrollaron con apoyo de la virtualidad e incluyó el uso de las plataformas digitales de WhatsApp y Zoom. Se trabajó de forma grupal e individual, así como en las modalidades de trabajo sincrónico y asincrónico. Por ello, se les solicitó la utilización de la plataforma de Zoom a las personas participantes, así como unirse al grupo de WhatsApp educativo creado y administrado por las sustentantes, con el fin de gestionar los recursos y la comunicación de manera más rápida y eficaz.

A continuación, se detallan los elementos que caracterizaron el proceso virtual y uso de plataformas digitales; según el Blog de Plaza Fontanela (5 de mayo del 2020):

las plataformas digitales son herramientas accesibles por medio de Internet que permiten la ejecución de varias aplicaciones o programas cuyas funciones satisfacen distintas necesidades o resolver diferentes tipos de problemas utilizando menos recursos. El principal objetivo de estas plataformas es facilitar la ejecución de tareas con ayuda de estos programas en un mismo lugar en la web. (p. 1)

En este caso, las plataformas utilizadas fueron la de mensajería privada de WhatsApp y la de especialidad en videoconferencias: Zoom. La primera se utilizó para mantener comunicado al grupo por medio de mensajes de chat, en forma grupal y en forma individual; la segunda se utilizó básicamente de manera semanal para los encuentros grupales en tiempo real.

Modalidades de trabajo (sincrónico y asincrónico). En la educación a distancia se ha incluido este tipo de modalidades de trabajo más interactivas, el auge de las tecnologías de la información lo ha posibilitado. La comunicación de tipo sincrónica se refiere a la comunicación en tiempo real como por ejemplo, el chat o la videoconferencia. La comunicación de tipo asincrónica corresponde a la que los actores involucrados pueden

comunicarse en diferentes tiempos como en foros o a través del correo electrónico (Páez-Barón; Corredor-Camargo y Fonseca-Carreño, 2016). En esta intervención, estas modalidades de trabajo fueron la base para el desarrollo del proceso de psicoeducación. Con el apoyo de la plataforma de Whatsapp se manejó el material digital enviado de forma asincrónica (mensajes escritos y de audio, imágenes, videos). Algunas de las personas recibieron también información vía correo electrónico. Las sesiones sincrónicas se desarrollaron mayoritariamente con apoyo de la plataforma de Zoom, pero también a través de Whatsapp, en chats grupales o privados. Estas tenían como fin la discusión del material enviado de forma asincrónica (recibir consultas en tiempo real o para aclarar dudas), además de permitir un intercambio activo entre las personas participantes dirigido por las sustentantes y en cumplimiento de los objetivos.

Seguimiento grupal e individual. Esta acción de “dar seguimiento” comprende la realización de actividades que verifican y acompañan el avance de la persona participante en el proceso psicoeducativo, dadas las circunstancias de la complejidad de la temática de la rehabilitación neuropsicológica, además de las condiciones de la virtualidad debido al tema sanitario a nivel mundial. En disciplinas como la administración de empresas y la pedagogía dar seguimiento contribuye a la calidad de la formación. Fue necesario el seguimiento individual constante. El seguimiento grupal se desarrolló más en la línea de la interacción entre las personas participantes. De forma individual, se utilizó la mensajería privada de Whatsapp, el envío de correos electrónicos, las llamadas y videollamadas. De forma grupal, se utilizó la mensajería privada de Whatsapp a través del grupo creado y la plataforma de Zoom para las videoconferencias en tiempo real.

Se desarrolló un total de seis módulos, cada uno incluyó la revisión de información teórica, presentada a través de los videos y de las presentaciones de multimedia. Además, el seguimiento individual supervisó la ejecución de los ejercicios de la libreta de trabajo.

Luego la actividad grupal sincrónica y finalmente, un seguimiento individual posterior. En el siguiente cuadro se expone la estructura general de los módulos.

Tabla N.º 2 Estructura general del proceso de los módulos de Fase I

Módulo	Temática	Objetivos	Actividades
1.	Generalidades del TCE.	Proporcionar información a los participantes sobre secuelas de TCE. Exponer a los participantes las características de TCE. Desmitificar la conducta del paciente con TCE.	Asincrónica-Grupal: Video. Asincrónica-Individual: Libreta. Sincrónica-Grupal: Espacio en tiempo real. Sincrónica-Individual: Seguimiento vía telefónica.
2.	Estrategias de afrontamiento de la persona que colabora en el cuidado de la persona con secuelas por TCE.	Reconocer las estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas ante el rol de cuidador/a. Desarrollar habilidades en los participantes para generar una adecuada red de apoyo.	Asincrónica-Grupal: Video. Asincrónica-Individual: Libreta. Sincrónica-Grupal: Espacio en tiempo real. Sincrónica-Individual: Seguimiento vía telefónica.
3.	Rehabilitación: Atención- Concentración.	Brindar información acerca de las características de los tipos de atención y la funcionalidad de cada una de ellas. Exponer a los participantes las diferentes técnicas neuropsicológicas para rehabilitar los trastornos atencionales.	Asincrónica-Grupal: Video. Asincrónica-Individual: Libreta. Sincrónica-Grupal: Espacio en tiempo real. Sincrónica-Individual: Seguimiento vía telefónica.
4.	Rehabilitación: Memoria.	Exponer a los participantes el proceso psicológico que tiene la memoria y los tipos de memoria. Instrumentar a los participantes en las diferentes técnicas de rehabilitación	Asincrónica-Grupal: Video. Asincrónica-Individual: Libreta. Sincrónica-Grupal: Espacio en tiempo real. Sincrónica-Individual: Seguimiento vía telefónica.

Módulo	Temática	Objetivos	Actividades
		neuropsicológica de la memoria.	
5.	Rehabilitación: Habla y Lenguaje.	Presentar a los participantes las alteraciones del lenguaje (afasias). Instrumentar a los participantes en las técnicas de rehabilitación a nivel de comprensión verbal, fluidez verbal, lenguaje automático, vocabulario y lecto-escritura.	Asincrónica-Grupal: Video. Asincrónica-Individual: Libreta. Sincrónica-Grupal: Espacio en tiempo real. Sincrónica-Individual: Seguimiento vía telefónica.
6.	Rehabilitación: Funciones Ejecutivas	Presentar a los participantes las alteraciones en el área de las funciones ejecutivas. Facilitar a los participantes, herramientas para promover el enfrentamiento a la vida diaria de los rehabilitantes.	Asincrónica-Grupal: Video. Asincrónica-Individual: Libreta- Sincrónica-Grupal: Espacio en tiempo real. Sincrónica-Individual: Seguimiento vía telefónica.

Las actividades se realizaron semanalmente y la dinámica siguió el siguiente horario:

Tabla N.º 3 Cronograma semanal de actividades

Día de la semana	Actividad
Lunes	Envío de material (videos y presentaciones de multimedia)
Martes y miércoles	Seguimiento individual (evacuación de dudas y motivación a la revisión del material enviado)
Jueves	Sesión grupal sincrónica
Viernes y sábado	Seguimiento individual (evacuación de dudas y motivación a la revisión del material revisado)

Fase III: Sistematización y evaluación del impacto de la intervención.

Se partió del supuesto para el desarrollo de esta fase, de que la sistematización de experiencias como actividad para conocer una realidad, se centra partiendo de la práctica no sólo en recopilar lo ocurrido, sino en describir las dinámicas que se darán en cada proceso. Se pretende, por lo tanto, en un primer nivel de conceptualización, fundar las bases para un proceso de teorización posterior (Jara, 2012).

En esta fase, se realizaron en orden concordante las actividades que se exponen a continuación:

- a) Recopilación y organización de los datos obtenidos en la Fase I, caracterización de las personas participantes: perfil inicial. Se construyeron síntesis de las características de la diada persona colaboradora en el cuidado y su respectiva persona con secuelas por TCE.
- b) Registro y clasificación de los datos obtenidos en la Fase II, con apoyo de los documentos:
- c) Guía de seguimiento para cada módulo: con este documento, se brindó seguimiento individual a cada participante, con el fin de verificar sus avances, necesidades y dificultades en el proceso. Incluye las actividades sincrónicas y asincrónicas, desde el envío del video, hasta el seguimiento individual luego de la actividad grupal en tiempo real (Ver Anexo 10).
- d) Guía actividad grupal sincrónica: este documento representa el seguimiento que hacían las sustentantes como facilitadoras de las sesiones de trabajo sincrónico de los jueves (Ver Anexo 11).
- e) Guía de observación de cada sesión: representa el registro de los indicadores de la evaluación del impacto que se formularon y el análisis de los datos (Ver Anexo 12).
- f) Aplicación del instrumento valoración final de la persona con secuelas por TCE, cuyo objetivo fue la construcción de un perfil final (Ver Anexo 13). Esta se realizó en una

visita domiciliaria de cierre. Se incluyó nuevamente la valoración de la funcionalidad y autonomía de la persona con secuelas y un *screening* neuropsicológico con apoyo del test MoCA, el cual, como ya se expuso antes, es un test de tamizaje breve, diseñado para ayudar en la detección del deterioro cognitivo leve y la demencia (Nasreddine; Phillips; Bédirian; Charbonneau; Whitehead; Collin; Cummings y Chertkow, 2005).

- g) Ejecución de la sesión grupal sincrónica de cierre y evaluación (Ver Anexo 14), se trató de una sesión realizada la semana siguiente a la finalización de los seis módulos. Sus objetivos fueron: brindar un espacio de reflexión y camaradería con los participantes; evaluar la propuesta de intervención psicoeducativa. En esta como en las sesiones sincrónicas anteriores, se recopiló el registro de los indicadores para la evaluación del impacto y el análisis de los datos; también permitió la verificación de algunos datos recopilados en las actividades anteriores.
- h) Análisis de los resultados, evaluación del impacto de la acción psicoeducativa. Registro de los cambios percibidos por las personas participantes y por las sustentantes a través de los discursos y de la aplicación de los instrumentos de valoración. Se tomó como referencia las categorías de análisis en concordancia del cumplimiento de los objetivos, que se detallan en el siguiente apartado.

4.2.2. Definición de actividades, funciones, tareas y productos esperados según cada objetivo específico

Se presenta una tabla que expone de forma organizada los elementos que en este apartado se solicitan. (Ver Anexo 15).

4.2.3. Precauciones tomadas para proteger a las personas que participan en el trabajo final de investigación aplicada

El presente proyecto de trabajo final de investigación aplicada se rigió por los lineamientos éticos de la disciplina psicológica, cuyo ente rector en Costa Rica es el Colegio

de Profesionales en Psicología de Costa Rica, del cual las investigadoras son miembros activos. El Código de Ética y Deontológico del mencionado Colegio, publicado en La Gaceta N.º 57 del martes 22 de marzo de 2011 reza en su Artículo 36:

Cuando se realicen investigaciones se deberá solicitar por escrito, cuando sea factible y las condiciones lo permitan, un consentimiento informado a las personas o grupos participantes en el proceso. Este consentimiento deberá aclarar los fines, así como los riesgos y beneficios que las personas o grupos podrían tener. El consentimiento informado también contemplará la autorización para divulgar y publicar imágenes, grabaciones u otros datos recabados. Se exceptúa del consentimiento en investigaciones cuya recolección de datos proceda de fuentes anónimas, tales como las observaciones, encuestas o entrevistas llevadas a cabo en situaciones analizadas bajo la perspectiva de la psicología social (estudios de interacciones en reuniones multitudinarias o transmisiones mediáticas, actividades sociales, accidentes u otros hechos públicos) en los cuales se aprovecha la oportunidad sin haber establecido un contacto previo con las y los participantes, a quienes se requiere de manera aleatoria. La responsabilidad acerca de los aspectos ético-científicos de los procedimientos recae en la persona investigadora, aun cuando el sujeto de investigación haya dado su consentimiento. (p. 91)

Además de lo anterior, se tomó como referencia las disposiciones contenidas en el Reglamento de Ética de la Universidad de Costa Rica y de la Escuela de Psicología:

El mayor objetivo de la investigación es desarrollar conocimiento generalizable para mejorar la calidad de vida de los seres humanos. Los participantes son el medio para asegurar ese conocimiento; sin embargo, poner seres humanos a riesgo de algún daño para el beneficio de otros, permitiría a la ciencia explotar seres humanos. El requisito indispensable para la investigación científica debe ser minimizar la

posibilidad de esa explotación garantizando el máximo respeto a los participantes.
(2007; p. 7)

Así mismo, esta normativa señala que entre los requisitos para determinar si una investigación es ética, se encuentra el uso del consentimiento informado, en el cual se explican los objetivos y alcances del trabajo final de investigación aplicada. Además de clarificar que la participación es voluntaria y puede ser abandonada en cualquier momento del proceso; así como que la información recopilada será tratada con absoluta confidencialidad y únicamente para fines académicos. Finalmente se exponen los beneficios y riesgos de participar en el estudio.

Igualmente se tomó en consideración aquellas disposiciones éticas establecidas por la organización con la que se coordinó para la realización de la investigación aplicada, a saber, Fundación Senderos de Oportunidad.

La ejecución de esta intervención es a nivel de posgrado, por la tanto, las investigadoras ya se encuentran debidamente capacitadas y colegiadas para el ejercicio profesional de la psicología, así como debidamente acreditadas por la instancia correspondiente en el país (Consejo Nacional de Investigación en Salud - CONIS) para realizar investigaciones clínicas. Además, se cuenta con el apoyo de un equipo asesor.

4.2.4. Propuesta para la redacción del informe final

El informe final de este trabajo de investigación aplicada tendrá como guía los criterios emitidos por el posgrado y expuestos en una guía sobre los apartados que debe seguir el documento final.

Se pretende exponer de forma detallada el desarrollo del proyecto y organizar los hallazgos a partir de la sistematización de todas las fases, los resultados encontrados y las tareas que se llevarán a cabo en función de los objetivos. Luego del proceso de análisis se expone una discusión que va describiendo las conclusiones encontradas. También se exponen las recomendaciones tras haber finalizado el proyecto de investigación aplicada.

Capítulo V

5.1. Resultados

Seguidamente, se describe lo recopilado en las actividades sincrónicas y actividades asincrónicas, realizadas con los participantes y se finaliza con el desarrollo de los datos registrados sobre el impacto de la intervención psicoeducativa.

5.1.1. Caracterización de las personas participantes: perfil inicial.

Se expone una síntesis de los datos sociodemográficos y de la situación de cuidado de cada uno de los casos, es decir, se caracteriza tanto a la persona colaboradora en el cuidado como a la persona con secuelas por TCE. Se brinda previamente un estado de los indicadores a la aplicación de la acción psicoeducativa.

Se trabajó con doce personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas por TCE. Fueron 11 mujeres y un hombre, con edades que oscilan entre los 20 y los 60 años. La mayoría cuenta con un nivel académico de secundaria incompleta, son amas de casa y jefas de hogar. Siete de las participantes tienen una relación maternofilial con las personas con secuelas por TCE y uno su relación es paternofilial, dos son relaciones fraternas y dos son relaciones conyugales.

En cuanto al estado emocional de las personas participantes colaboradoras en el cuidado, la mayoría hace referencia a la sobrecarga que tienen en el cuidado, considerándola una obligación para ellas por su rol parental o conyugal. Además, asumir el cuidado le ha generado dificultades a nivel de relaciones de pareja y familiares, ante el sentimiento de no ser entendidas en su rol como colaborador (a) en el cuidado y no contar con ayuda de otros miembros de la familia. Las personas colaboradoras en el cuidado cuyo rol es fraterno (hermanas) tienen claro este rol de cuidado y lo manejan como una situación temporal, continuando con sus proyectos de vida. El rol de cuidado es asumido por estas personas colaboradoras desde hace alrededor de ocho meses y hasta diez años.

Las personas con secuelas por TCE tienen un rango de edad entre los 20 y los 40 años, la mayoría son hombres con secundaria incompleta. Dentro de las causas del trauma la mayoría fue por accidente de tránsito, específicamente en motocicleta y asociado al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Todos estuvieron hospitalizados más de una semana, con valoraciones por neurocirugía, ortopedia y otras especialidades médicas; pero ninguno de ellos tuvo una valoración por psicología.

Referente a la funcionalidad y autonomía de las personas con secuelas por TCE, cuatro de los participantes no evidenciaron alteraciones a nivel de funcionamiento motor; sin embargo, algunos necesitan supervisión para realizar actividades de la vida diaria, dos de ellos presentan problemas en la marcha y pérdida de fuerza en miembros inferiores. Ninguno (a) está en condición de encamamiento. Uno de ellos utiliza prótesis, otro bastón canadiense, uno de ellos sigue con conductas de riesgo (consumo de alcohol y utilización de motocicleta).

El *screening* neuropsicológico, registró lo siguiente:

- En cuanto a la atención, se evidenció en la mayoría de las personas con secuelas por TCE problemas en la atención sostenida y de atención y concentración.
- En los procesos de memoria, la mayoría de las personas con secuelas por TCE presenta problemas en la codificación y retención de la información.
- En lenguaje y habla, dos de las personas con secuelas por TCE presentan afasia.
- En funciones ejecutivas, se evidencia alteraciones de tipo síndrome prefrontal-orbitofrontal en una de las personas con secuelas por TCE y en la planificación y síndrome disejecutivo se evidencia presencia en la mayoría de las personas con secuelas por TCE.

5.1.2. Desarrollo de la acción psicoeducativa: módulos de trabajo

Se exponen a continuación, los resultados obtenidos en el desarrollo de cada uno de los módulos. Se hace alusión a los detalles de cada una de las actividades que integran

el proceso psicoeducativo. Cabe mencionar que debido a la pandemia por la COVID-19, las recomendaciones emitidas por el Ministerio de Salud y los lineamientos dictados en esta misma línea por la Universidad de Costa Rica, fue necesario realizar ajustes al proceso de intervención, migrando a la virtualidad como medio de contacto con las personas participantes.

Se trabajó siete sesiones sincrónica, además, se enviaron, como parte del material para el trabajo, seis videos explicativos-introductorios que cubrieron cada área de trabajo; con el seguimiento individual y el material de la libreta de ejercicios integraron la intervención.

Los primeros dos módulos de trabajo, titulados generalidades del TCE y estrategias de afrontamiento completaron en orden cronológico, el siguiente esquema de actividades:

- Envío de vídeos y presentaciones multimedia: con el apoyo de la plataforma de WhatsApp, se enviaron videos introductorios sobre las temáticas de los módulos y se propone una discusión a través de la misma plataforma con las personas participantes.
- Seguimiento individual (inicio de la semana): cada una de las sustentantes fue responsable de dar seguimiento a seis de las personas colaboradoras en el cuidado para completar las doce personas participantes. Esta actividad se realizó con apoyo del instrumento: guía de seguimiento para cada módulo. En este espacio se corroboró que la persona participante haya visto el video y se brindó un espacio para la evacuación de dudas. Además, se promovió realizar los ejercicios de autorreflexión correspondientes a cada módulo en la libreta de ejercicios.
- Sesión de trabajo grupal sincrónica: se comparte a través de la plataforma de WhatsApp, los enlaces de acceso a las videoconferencias en la plataforma de zoom. Las sesiones sincrónicas se desarrollaron sin exceder las dos horas y se

siguieron las actividades planificadas para cada módulo que se expusieron en apartados anteriores, como: actividad de bienvenida, desarrollo del tema, retroalimentación y cierre.

- Seguimiento individual (final de la semana): tuvo la dinámica del seguimiento anterior. Se realizó con apoyo del instrumento: guía de seguimiento para cada módulo, aunque se realizó independientemente de, si la persona participante pudo estar o no en la sesión grupal sincrónica, uno de sus objetivos fue corroborar la participación en esta y hacer énfasis en completar los ejercicios de autorreflexión que se encuentran en la libreta de trabajo diseñados para cada uno de los módulos.

Los siguientes cuatro módulos corresponden a la revisión de los ejercicios de rehabilitación neuropsicológica: atención-concentración, memoria, habla-lenguaje y funciones ejecutivas, contemplan un esquema similar al explicado anteriormente, pero contienen dos sesiones sincrónicas y cuatro seguimientos individuales. La revisión de los ejercicios de rehabilitación neuropsicológica que contiene la libreta de ejercicios, se realizó uno a uno y en cada sesión sincrónica se revisan cinco. En todas las sesiones, al finalizar, se motiva a hacer uso de las estrategias adquiridas y compartirlas con el resto de las personas que integran sus redes de apoyo.

5.1.2.1. Módulo 1. Generalidades del TCE

El desarrollo de este módulo tenía como fin proporcionar información a las personas participantes sobre las secuelas por TCE, conocer sobre sus características específicas y sobre la conducta de la persona con secuelas. Además, como indicadores se registró el conocimiento de la definición de TCE y el conocimiento de los tipos de TCE.

En las actividades correspondientes a este módulo, tanto las sincrónicas como las asincrónicas, revelaron que en un principio las personas participantes comentaban sobre la desinformación acerca del TCE durante la estancia hospitalaria, una de las personas

participantes expresa: —para mí fue muy difícil porque lo que me decían era que ella no tenía papeles, que no estaba asegurada pues, pero no me explicaban mucho sobre de lo que ustedes hablan—. “G” comenta: —Si me hubieran dado este video antes, me habría ahorrado muchas lloradas—.

Contar con la información en vídeo antes de la sesión sincrónica les causó gran interés en el tema y les motivó a iniciar los ejercicios en la libreta de trabajo, es decir, que efectivamente, este recurso didáctico hizo la diferencia. Así, por ejemplo, en la sesión grupal sincrónica participaron las 12 personas reclutadas.

En esta actividad sincrónica grupal, las personas participantes expresaron que es necesario para los familiares y allegados, obtener información o ser orientados desde el momento mismo del egreso hospitalario sobre el trauma craneoencefálico y la situación de salud de la persona a quien cuidan. Una de las participantes expresa: —vea, si esto se lo hubieran explicado a mi mamá y mis hermanas mayores cuando mi hermano salió del hospital, nosotras hubiéramos sufrido menos...—.

Además, fue evidente que para la persona que colabora en el cuidado es una necesidad tener claridad sobre el tipo de lesión que tiene su familiar o allegado, si es leve o moderada, además de cuáles áreas están o no afectadas y cómo pueden colaborar para mejorar. Varias comentaban al mismo tiempo: —mi esposo es leve... mi hermano es moderado...— refiriéndose a las secuelas de sus familiares.

5.1.2.2. Módulo 2. Estrategias de afrontamiento

El objetivo de este módulo fue reconocer las estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas ante el rol de cuidador (a); además de desarrollar habilidades en las personas participantes para generar adecuadas redes de apoyo. Como indicadores se tomó en cuenta el entrenamiento en técnicas para enfrentar el problema, así como el registro de la funcionalidad y autonomía de la persona con secuelas por TCE.

La mayoría de las personas participantes pueden considerarse como él o la cuidadora principal y esta particularidad como ellas lo expresan, les supone sobrecarga física y emocional, comenta por ejemplo una de ellas: —Pues me alegra saber que no soy la única que ha llorado de impotencia y ha querido salir corriendo—. Otra de las participantes dice: —es que él no colabora, parece que no hubiera nadie más que yo para ayudar, yo le digo que ahí está su familia—.

En esta oportunidad, el seguimiento individual reveló dos cuestiones, una es la consideración de las personas participantes sobre la importancia de tener los videos para poder revisarlos varias veces, ya que expresan que la información es valiosa para ellas y la otra cuestión es referente a los pensamientos y emociones generados por el recuerdo de los peores momentos vividos acerca de la situación que ha dado como resultado las secuelas por trauma craneoencefálico. No hubo consultas, sino más bien, fue necesario brindar espacios de acompañamiento individual, en los que además de los recuerdos, se habló también de la situación que viven actualmente. Se realizaron intervenciones vía telefónica para contener a las personas participantes.

A través del chat se aprovechó para validar su rol como personas colaboradoras en el cuidado y el desgaste emocional y físico que esto les ha representado, tanto por parte de las sustentantes como entre las mismas personas participantes.

Teniendo en cuenta lo anterior, entonces, durante la sesión sincrónica grupal se hizo necesario realizar un abordaje pertinente y acorde con el modelo teórico que se utilizó como base en este estudio, para tramitar los sentimientos y pensamientos que se presentaron en el proceso grupal. Así por ejemplo, se puede comentar que las personas participantes expresaron sus emociones ante el cuidado que han tenido hacia sus familiares y allegados. Una de ellas expone: —jamás pensé que mi matrimonio iba a terminar así... él amputado y en una silla de ruedas y yo cargando con todo...esto es muy duro—, otra persona comenta:

—vean... yo me culpo como madre porque yo lo apoyé para que le compraran esa moto cuando cumplió los 18, ni un año pasó y mi hijo me lo entregaron como un bebé—. Fue necesario pasar de lo psicoeducativo a lo psicoterapéutico que tanto el modelo como la temática permitió. En este espacio sincrónico, se habló de reconocer las estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas ante el rol como persona colaboradora en el cuidado. Para ello se introdujo por primera vez la actividad cuidadores ayudando a cuidadores, en atención a la demanda expresada por las personas participantes de un espacio de intercambio mutuo.

La actividad consistió en que las personas participantes, durante todas las sesiones, compartieron un espacio para hablar sobre alguna situación propia o particular de los casos, relacionada con la temática del módulo y así las otras personas participantes les brindaron su aporte, para ayudarle a solucionar la situación problema.

Finalmente, se retomaron las actividades plasmadas en la libreta de ejercicios para mantener estilos de vida saludables, tales como: pautas para tener una buena higiene del sueño, técnicas de relajación, ejercicios de resolución de problemas y organización financiera. Se hizo énfasis, en que todas estas técnicas con las que cuentan en la libreta permiten a las personas reaccionar de maneras más saludables y constructivas.

5.1.2.3. Módulo 3. Rehabilitación: atención-concentración

El objetivo en este módulo fue exponer el tema de la atención y sus componentes, además, se presentaron ejercicios de rehabilitación neuropsicológica de la atención. Los indicadores por verificar en este módulo fueron la concientización de las secuelas y la identificación de las áreas fuertes y débiles de las personas con secuelas por TCE a través del uso de la libreta de trabajo.

Para este módulo, las personas participantes hacen comentarios en el chat de Whatsapp sobre el comportamiento que ellos observan sobre la persona con TCE, por

ejemplo: —Sí, él se queda ido... ves, por eso no trae las cosas completas de la pulpería—. Dos de las personas participantes, dada la complejidad de la temática, demandaron otra actividad de seguimiento individual para comprender mejor la temática del módulo. Además, presentan dudas básicamente dirigidas:

- Sobre los diferentes componentes de la atención, atención sostenida: específicamente sobre la capacidad de concentración.
- Identificación de los problemas que presenta la persona con secuelas por TCE.

En la primera sesión grupal sincrónica se alcanzó a revisar hasta el ejercicio cinco de la libreta de ejercicios, ya que se respetó que la sesión se desarrollara en dos horas. Entre los comentarios surgidos destacan: —eso que usted explica es como cuando en la escuela me dijeron que mi hijo tenía déficit porque si pasaba una mosca se iba con ella..., yo lo pongo a que me ayude y empieza a hacerlo y después lo veo haciendo otra cosa, ahí es donde yo me enojo porque para unas cosas si presta atención y para otras no—.

En la segunda sesión grupal se trabajó el resto de los ejercicios de la libreta de ejercicios, del 6 al 10. Entre los comentarios, destacan: —...al principio cuando le enseñé el cuaderno me dijo que eso era para chiquitos, pero después llegó a decirme que le explicara porque no entendía... lo de la sopa de letras, algo tan sencillo y a él le cuesta... a mi hija le costó mucho el ejercicio de las diferencias, se resignó, pero al rato otra vez se puso y ahí lo logró, como ustedes dicen sin presionar y al ritmo de ellos... yo me asusté también en ver cómo le costaba hacer algo tan fácil—. En el espacio de cuidadores ayudando a cuidadores, los comentarios de las personas participantes se basaron en la paciencia que debe tener cada una de ellas cuando se realizan los ejercicios.

5.2. Rehabilitación: memoria

El objetivo para este módulo fue exponer a las personas participantes el proceso psicológico que tiene la memoria y los tipos de memoria. Los indicadores por verificar en

este módulo fueron la concientización de las secuelas y la identificación de las áreas fuertes y débiles de las personas con secuelas por TCE a través del uso de la libreta de ejercicios.

Las personas participantes hacen comentarios en el chat de WhatsApp sobre las dificultades en esta área que ellos observan y la importancia que tiene para la vida diaria. Por ejemplo, mencionan: —...eso le pasó a ella no se acuerda como fue el accidente..., yo le he preguntado muchas veces y no recuerda..., ...en el hospital ni siquiera me reconoció, eso sí fue muy duro para mí, porque yo pensé que iba a quedar así para siempre...—.

Se recopiló en el seguimiento individual que las personas participantes consultaron sobre la recuperación del déficit a nivel de memoria y sobre las medidas compensatorias que mejoren la calidad de vida, por ejemplo: —yo utilizo la libreta de recados para mandarlo a la pulpería, ¿eso lo voy a tener que seguir haciendo siempre o él se va a recuperar?—. En general, hubo consultas sobre actividades cotidianas, por ejemplo, hacer mandados o hacer tareas asignadas dentro del hogar. Las medidas compensatorias fueron las sugeridas en la libreta de ejercicios como el horario de tareas diarias o la libreta de recados.

En las sesiones sincrónicas grupales entre los comentarios de las personas participantes se encuentran: —...ahora ya capto por qué es que cuando yo lo mando a la pulpería no me viene con todo lo que le estoy pidiendo, entonces a partir de mañana lo mando con una lista y que use la libreta...; definitivamente él tiene problemas en la fase de retención o sea, yo le digo mil veces las cosas y nada que retiene... ; para mí lo más funcional ha sido el diario de actividades, hasta yo me he podido organizar mucho mejor y me queda tiempo..., eso deberían de hacerlo todas no solo a los que cuidamos...—.

Las personas participantes comentaron: —hola, viera que estoy frustrada, el ejercicio de la memoria semántica no ha logrado hacerlo y eso lo ha tenido triste... ¿será que puedo ayudarle yo a hacerlo?; ...yo me acuerdo de que en CENARE me dijeron que lo

pusiera hacer eso de la foto y nunca lo hice, hasta ahora...—, refiriéndose a ejercicios de la libreta de ejercicios.

En el espacio cuidadores ayudando a cuidadores, los comentarios de las personas participantes se basaron en que reconocen que es una de las áreas más afectadas y cómo esto es una limitante en las actividades de la vida diaria. Las personas participantes compartieron recomendaciones entre sí sobre el manejo de la frustración y del uso de algunas técnicas que aparecen en la libreta de trabajo. Comentan: —...ahora ni me la complico ya sé que no va a recordarlo entonces mejor llamar a la señora, de la pulpería y solo que vaya por las cosas, él cree que trae todo porque igual le doy la lista, ...vean chiquillas, tener claro y aceptar las limitaciones que tienen en la memoria es importante, uno los ve como si nada, pero su mente no es la misma...—.

5.3. Rehabilitación: habla y lenguaje

Los objetivos para este módulo estaban encaminados a desarrollar la temática sobre las alteraciones del lenguaje (afasias) e instrumentar en las técnicas de rehabilitación de cada una de las subáreas: comprensión y fluidez verbal, lenguaje automático, vocabulario y lectoescritura. Los indicadores para verificar fueron la concientización de las secuelas y la identificación de las áreas fuertes y débiles de las personas con secuelas por TCE a través del uso de la libreta de trabajo.

A través de mensajes vía WhatsApp, las participantes expresaron que les parece interesante saber que la comunicación incluye tanto la expresión como la comprensión, reconocen que las personas a quienes cuidan también tienen dificultades en estas áreas. Además, expresan una mejora en la convivencia gracias a la obtención de información. Por ejemplo, una de las personas participantes comentó: —...yo nunca me había puesto a ver que mi esposo a veces se pelea conmigo porque dice que yo no le entiendo lo que me dice, entonces es eso, que él tiene problemas para expresarse—. Otra de las participantes

expresó: —...ah mi cuñada, pobre, vieras que a ella hay que repetirle varias veces y decirle: ¿entendiste? repetime a ver si es verdad que nos entendimos...—.

En los seguimientos individuales, las consultas estuvieron dirigidas al interés en saber si los problemas de lectoescritura van a mejorar y en obtener más información sobre el tipo de afasia que se relaciona más con la persona que cuidan.

En esta primera sesión sincrónica, se revisó hasta el ejercicio 5, con el fin de no saturar de información a las personas participantes. Además, en este caso, se hizo énfasis en la importancia de que debían contar con los materiales solicitados, por ejemplo, un espejo para poder realizar algunos ejercicios. Durante la sesión destacó el interés en ahondar en explicaciones sobre las secuelas en esta área: —usted me podría explicar otra vez, por qué “J” habla enredado y eso que ella me habla, ¿así como chineado es por chineasón o ya quedó así?—.

En la segunda sesión grupal sincrónica, las personas participantes comentaron: —el ejercicio de la pajilla le costó mucho y lo de silbar no lo logró—, y en el espacio cuidadores ayudando a cuidadores, esta vez una de las participantes comentó la experiencia de haber vuelto a los estudios secundarios con tal de acompañar a su hijo al colegio y expone: —...yo dije, este muchacho tiene que terminar el bachillerato sea como sea y yo voy a ir con él al nocturno...el pobre en ese tiempo le costaba tanto hablar de que yo sabía que no iba ni a poder decir que quería ir al servicio...—. Las retroalimentaciones del resto de participantes se caracterizaron por validar la acción, pero también para decir a esta madre la necesidad de permitir mayor autonomía a su hijo. Una de ellas expresó: —...ahora que él ya le cumplió a usted con esa meta, debe seguir solito...vea mi hijo está en unos cursos del INA que le pueden enseñar un oficio y que ahora son virtuales...—.

5.4. Rehabilitación: funciones ejecutivas

El objetivo de este módulo fue presentar información sobre las funciones ejecutivas, las capacidades y destrezas que las componen, así como los síndromes que pueden reconocerse en las conductas de las personas que tienen este tipo de alteración. Los indicadores por verificar en este módulo fueron, la concientización de las secuelas y la identificación de las áreas fuertes y débiles de las personas con secuelas por TCE a través del uso de la libreta de trabajo.

Las personas participantes hacen comentarios en el chat de WhatsApp en los que reconocen que las personas a quienes cuidan poseen conductas relacionadas con estas alteraciones. Por ejemplo: —...cómo mi Diosito hace que funcione nuestro cerebro...voy a tratar de no enojarme cuando él me dice lo que me dice porque es parte de su problema...—.

Las consultas de los seguimientos individuales estuvieron dirigidas a:

Preguntas sobre las dificultades para concentrarse, para recordar y planificar.

- Preguntas sobre las dificultades para la resolución de problemas.
- En las sesiones sincrónicas se revisaron los ejercicios de la libreta de ejercicios y las personas participantes expresaron que les parecieron importantes porque hacen referencia a actividades de la vida cotidiana y los visualizaron como ideas o consejos para resolver dificultades. Entre los comentarios surgidos destacan: —“La familia de él no lo quiere cuidar por sus cambios de humor”; “me voy a ir al súper para ubicarlo y ver si la próxima vez lo logra sola—.

Señalaron que para varias de las personas con secuelas por TCE se les hizo difícil realizar algunos de los ejercicios, para algunos generó sentimientos de frustración y para otros realizarlo era un reto. Las personas participantes comentan:

—...mi hermano al principio le daba risa no poder hacer los ejercicios...pero un día uno de mis sobrinos que es un niño se puso a hacerlo y sí pudo, entonces él se picó...cuando ellos se fueron me dijo: vení ayudame que yo quiero entender esto...—

—...ella se frustra al principio, pero ya a los días retoma las cosas, así le pasa con lo del curso del INA....—

Se finaliza la sesión con el espacio cuidadores ayudando a cuidadores, esta vez se retomó sobre todo lo referente a las reacciones emocionales, la cuales son las que parecen ser más significativas para las personas participantes. Una de las personas colaboradoras en el cuidado, que es esposa, expresa: —...ay vieras las que yo paso con mi marido a veces... me da vergüenza... a veces no se mide como me trata en la calle, la gente dirá: qué mujer más tonta esa, seguro que le pega; si yo les contara de mi hijo... él sale hace tonteras... los amigos lo siguen buscando y aunque él ni tome parece que anda tomado....

5.5. Evaluación del impacto: retroalimentación de la acción psicoeducativa

Esta sección corresponde a la descripción de los cambios registrados a partir de la participación en la intervención grupal psicoeducativa en rehabilitación neuropsicológica. Está organizado en concordancia con los objetivos, las categorías de análisis e indicadores de impacto.

Ya que el proceso de evaluación del impacto siguió el modelo por indicadores, el cual requiere de una evaluación previa y una evaluación posterior, en esta sección lo que se presentará son los cambios registrados al realizar una evaluación posterior.

5.6. Trauma craneoencefálico

El objetivo n°1 está relacionado con la categoría TCE, que operacionalmente corresponde al conocimiento que obtuvieron las personas colaboradoras en el cuidado sobre las generalidades del TCE que incluye su definición, la identificación de los tipos de trauma y el reconocimiento de las funciones neuropsicológicas y sus secuelas. Además, se

incluye lo trabajado con las personas colaboradoras en el cuidado sobre estrategias de afrontamiento y autocuidado.

Tal y como se describió en lo correspondiente al primer módulo del apartado anterior, las personas participantes colaboradoras en el cuidado expresan conocimiento de lo que es un TCE y la mayoría refiere sentirse en la capacidad de distinguir sus tipos. Asimismo, reconocen la importancia de transmitir esta información adquirida al resto de familiares o allegados de la persona con secuelas por TCE.

Además, las personas participantes entre sí, se pudieron retroalimentar con estrategias para afrontar situaciones problemáticas relacionadas con el cuidado, que se les presentan y que cada una aplica en su vida cotidiana. Lo cual evidencia cómo el sentirse identificadas como parte de un grupo de personas que vive las mismas problemáticas, promueve la empatía y los sentimientos de pertenencia grupal.

5.7. Rehabilitación neuropsicológica

El objetivo N.º 2 está relacionado con la categoría rehabilitación neuropsicológica, que operacionalmente incluye la concientización de la persona que colabora en el cuidado ante el deterioro de la persona con secuelas por TCE. Así como el uso que la persona colaboradora en el cuidado hace de la libreta de ejercicios en la que se encuentran los ejercicios de cada una de las áreas. A continuación, se presentan apreciaciones relacionadas a cada módulo:

- Para el módulo atención-concentración, se identificó que las personas participantes estaban interesadas en la aplicación de los ejercicios, pese a las vicisitudes que se dieron en este proceso, se comenta que como personas colaboradoras tuvieron tendencia a la frustración y sentimientos de impotencia ante en la negativa de las personas con secuelas a realizar los ejercicios. Se registró que con la aplicación de los ejercicios, las personas participantes

podieron concientizarse y tener noción de cuáles son las debilidades y fortalezas de aquellos con quien colaboran en el cuidado.

- Para el módulo sobre memoria, las personas participantes, con la aplicación de los ejercicios pudieron detectar que es una de las áreas con más afectación en las personas con secuelas por TCE y que esta limitación les genera problemas tanto con ellos como con la familia y allegados, ya que no entienden porqué si físicamente se ven bien, no hacen lo que se les dice o se comportan de cierta manera, reprochándoles que son alcahuetas. Además, se visualiza que la comprensión de las limitaciones mejoró las relaciones interpersonales y la comunicación con las personas con secuelas y con los demás familiares y allegados. A través de la psicoeducación, las personas participantes pudieron transmitir al resto de miembros de la familia información sobre el trauma, una de las participantes menciona: —mi esposo no participa, pero está escuchando todo y eso ha hecho que él cambie su actitud hacia nosotros—. Hay que destacar que las personas colaboradoras ven como necesario el uso de algunos recursos de los ejercicios de este módulo, no sólo para la persona con secuelas, sino también para la persona que colabora en el cuidado, como el uso del diario de actividades.
- En el módulo de habla y lenguaje se registró la importancia de haber incluido en la metodología de este estudio el seguimiento individual, ya que permitió un abordaje particular, según las necesidades específicas de aquellas personas con secuelas por TCE que tenían mayor afectación en esta área. Por consiguiente, la concientización del déficit generado por las secuelas por TCE para las personas colaboradoras en el cuidado fue evidente. Algunas personas participantes comentaron no haber realizado algunos ejercicios porque les parecieron muy fáciles y asumieron que aquellos a quienes cuidan, sí podían

hacerlos. Lo anterior sugiere la importancia de hacer una revisión de la libreta de ejercicios, con el fin de conocer si fue completada.

- En el módulo de funciones ejecutivas, las personas participantes comentan con asombro, cómo la revisión de la información les hizo cambiar su mirada hacia la persona con secuelas por TCE y les ayudó a ser más tolerantes con algunas de sus conductas. Comentan la tristeza que les causa, darse cuenta de que estos comportamientos van a estar presentes en la vida de las personas a quienes cuidan, porque son parte de las secuelas, aunque pueden mejorar con ciertos ejercicios.

5.8. Psicoeducación

La categoría psicoeducación, correspondiente al objetivo N.º 3, en forma general cabe mencionar que para las personas participantes fue determinante identificar las necesidades que tienen las personas que cuidan: ¿cuál es el nivel de severidad de cada uno y cuáles y de qué forma están preservadas o afectadas las funciones revisadas?, a saber: atención, memoria, lenguaje y habla y funciones ejecutivas.

La mayoría reconoce que las funciones más afectadas son la atención y la memoria. Dos de los casos, además de estas dos mencionadas funciones, está afectada la de habla y lenguaje en forma más significativa y una persona en funciones ejecutivas.

Según relatan las participantes, la información obtenida en este proceso psicoeducativo les ha permitido ofrecer a las personas con secuelas por TCE opciones para que su comportamiento sea más autónomo. Por ejemplo: en los ejercicios de la función memoria, se sugieren actividades importantes para la vida cotidiana, la mayoría de las participantes menciona que han puesto en práctica dichas actividades con resultados realmente positivos. Una de ellas dice: —...mi hijo ya sabe las tareas que tiene que hacer durante el día porque ahora tiene una agenda...y le pegué en el cuarto la agenda de las

actividades diarias— ... otra menciona ...yo todos los días le dejo a mi esposo antes de salir para mi trabajo lo que tiene que hacer en el día...y vieras que lo hace...—.

En los espacios de cuidadores ayudando a cuidadores de las sesiones sincrónicas, las personas participantes hacían un recuento de la semana. Dos de las cuidadoras asumieron un rol de liderazgo en dicha actividad, explicando cómo la aplicación de los ejercicios ante ciertas situaciones, les ayudó a mejorar o disminuir el sentimiento de sobrecarga como cuidador (a). Se habló de ejercicios que se encuentran en la libreta de trabajo, dirigidos a ellas como personas colaboradoras en el cuidado, como ejercicios dirigidos a las personas con secuelas por TCE:

—Ahora lo estoy soltando más y ya lo mando a mi hijo más tranquila a la pulpería porque sé que haciéndole un apunte él casi va a lograr traer todo lo que se le apunta...eso que yo ya lo hacía antes veo que otras mamás lo hacen, entonces no me preocupa...—.

—En la tarde compartimos a la hora de ver la novela...yo le hago preguntas de lo que pasó ayer...o a veces hago que me voy a la cocina para que me cuente qué pasó o digo que no entendí o no oí...o sea, yo les digo, traten de sacar un tiempo ver algo juntos en el tele y usar lo que vamos aprendiendo...—.

5.9. Reinserción social: funcionalidad y autonomía de la persona con TCE

El objetivo N.º 4 da cuenta sobre la promoción de la reinserción social tanto de la persona con secuelas por TCE como de la persona colaboradora en el cuidado. Incluye considerar si se generaron cambios o aportes a que la persona con secuelas por TCE retome actividades de la vida diaria y otras que reflejen autonomía personal, así como la persona colaboradora en el cuidado retome sus actividades personales y realice actividades de autocuidado.

En este sentido, pudo evidenciarse a través de las intervenciones de las personas participantes en los diferentes módulos, en especial, durante las intervenciones de la

actividad cuidadores ayudando a cuidadores. Se hizo referencia a la utilización de herramientas y consejos sugeridos en la libreta de ejercicios que se les proporcionó tanto para la compensación de los déficits, como para el autocuidado de las personas colaboradoras en el cuidado.

5.10. Resultados de la evaluación postintervención psicoeducativa

Una vez finalizada la acción psicoeducativa con las personas colaboradoras en el cuidado, se realizó una nueva evaluación de los indicadores de impacto tanto a las personas colaboradoras en el cuidado, como a las personas con secuelas por TCE.

En la evaluación se registró que las personas con secuelas por TCE:

- Tienen mejor control del manejo del tiempo.
- Siguen instrucciones básicas y han retomado realizar actividades de ayuda en los quehaceres domésticos.
- Están más motivados para utilizar prótesis, bastones u otro dispositivo que facilite su movilidad.
- La utilización de técnicas planteadas en la libreta de ejercicios como el diario de actividades, la libreta de recados o el croquis del supermercado, han permitido una mayor autonomía.
- Algunos han retomado estudios con las adecuaciones curriculares pertinentes.
- En general, se evidenció que la mayoría logró mayor independencia y autonomía.
- En el *screening* neuropsicológico se encontró que: las alteraciones que presentaban se pudieron instrumentar. Los ejercicios facilitados en la libreta de ejercicios permitieron una mejora en los procesos de memoria, por ejemplo: la libreta de recuerdos, calendario de actividades, etcétera. Asimismo, se registra una mejoría en la atención y concentración, en tareas que no le lleven mucho

tiempo. Perciben mejoras a nivel académico debido a los apoyos educativos que reciben y las personas que tenían dificultades a nivel de habla, se les brindó técnicas para mejorar la comunicación con la familia.

Respecto a la persona colaboradora en el cuidado, se evidenció:

- Las participantes siguieron utilizando algunos ejercicios de la libreta de trabajo, como lo es el calendario de actividades, libreta de recados y mandados, porque les disminuyó la carga en algunas áreas de supervisión de la persona con secuelas por TCE.
- Indicaron mejoras en su estabilidad emocional por cuanto han disminuido los sentimientos de culpabilidad y aumentaron sus prácticas de autocuidado.
- Las personas participantes han retomado actividades ocupacionales y se han incorporado a trabajos de medio tiempo; no obstante, algunas refieren que su situación económica es complicada.

Finalmente, en la sesión sincrónica de cierre, se registran los siguientes comentarios de las personas participantes, los cuales destacan como parte del registro de los cambios:

—Actualmente él está muy bien, sólo tiene un temblor en las manos y la cabeza, pero yo creo que ya puedo volver a la costura...vea esta señora compañera que hasta trabaja lejos y deja a la muchacha sola todo el día...yo voy a irlo soltando porque necesitamos platita...—

—Como ahora la moda es poner ventanas, me animé y hablé con mis hijos mayores para vender comidas rápidas en las noches...—.

—...como ya ella está mejor, yo ya le dije a mi suegra cómo hacer y qué ponerla a hacer para yo volver a trabajar en el hotel...mi esposo está de acuerdo porque la plata hace falta y mi suegra puede ayudarme también con los niños...—.

Para algunas de las personas participantes la intervención psicoeducativa generó la posibilidad de visualizar que deben continuar con sus proyectos personales, disminuyendo la culpa y delegando el cuidado a otros familiares. Es importante hacer referencia que todos los casos ya han cumplido más de ocho meses de ocurrido el TCE, las personas colaboradoras en el cuidado comentan que están pensando en realizar actividades que les generen ingresos económicos como la costura, la venta de comidas y trabajos de medio tiempo. Al respecto comentan:

—...yo siempre me quejo y me quejo de que no me ayudan, pero ya vi que es que yo no me dejaba ayudar o mejor dicho que él puede hacer sus cositas y yo no lo dejo...—

—...me ha costado mucho tiempo entender que esto no fue culpa mía...les digo aquí a todas las que son mamás que hacemos lo mejor por ellos pero que estos accidentes se salen de nuestro control...—.

A manera de cierre, las personas participantes y sustentantes perciben como provechoso y satisfactorio el proceso psicoeducativo en rehabilitación neuropsicológica realizado a lo largo de once semanas.

CAPÍTULO VI

6.1. Síntesis final

Esta propuesta de intervención surgió como respuesta para el abordaje de una realidad que se ha venido presentando en la provincia de Guanacaste respecto a la problemática del TCE, la cual incluye tanto a la persona que vive con las secuelas por TCE, los que en su mayoría son menores de cuarenta años, como a las personas colaboradoras en su cuidado.

Es sabido que el sistema de salud costarricense tiene un centro especializado para la rehabilitación de personas con secuelas por TCE, en el área metropolitana; sin embargo, la realidad de la provincia de Guanacaste es que no se cuenta con un equipo interdisciplinario en el que participen profesionales en la disciplina psicológica, que aborde a estas personas ni a sus familiares o allegados. Es por ello, que se visualizó como alternativa, involucrar a las personas colaboradoras en el cuidado en un proceso de instrumentación o entrenamiento dirigido a facilitar la rehabilitación neuropsicológica, ante esta carencia que existe en el sistema de salud a nivel de la Región Chorotega.

El estudio fue estructurado para realizar la intervención psicoeducativa de forma grupal, con el objetivo de abarcar mayor población y ofrecer un espacio con otras personas en condiciones similares y asimismo, poder desarrollar y aprovechar lo que el proceso pudiera generar, que en un principio fue pensado para personas colaboradoras en el cuidado que no desempeñaran un rol como cuidador o cuidadora primaria (o); no obstante, la mayoría de las personas participantes fueron madres o parejas, es decir, que desempeñaban roles de cuidador (a) primario (a). La intervención trascendió lo psicoeducativo, debido a que los espacios sincrónicos debieron ser aprovechados también para la intervención psicoterapéutica para el abordaje de otros temas como el duelo.

Por lo anterior, esta propuesta es novedosa por cuanto dio respuesta desde la psicología clínica y de la salud a la problemática identificada. Además, el proceso grupal,

fue mucho más allá de dar respuesta, superando las expectativas de las sustentantes. El proceso compartido en grupo permitió que las personas participantes generaran identidad y pertenencia ante el objetivo común, gracias a la reflexión sobre la experiencia práctica, que aunque fue ejecutada bajo la modalidad virtual, pudo favorecer a las personas cuidadoras de personas con secuelas por TCE, en el conocimiento sobre este, así como de técnicas que faciliten su estilo de vida, su funcionalidad y su autonomía, basado en el modelo cognitivo conductual.

La psicoeducación superó el hecho de brindar información y acompañamiento a las personas cuidadoras, resultó ser un proceso terapéutico, el cual es fundamental, porque generó beneficios tanto para la persona que colabora en el cuidado como para la persona con secuelas por TCE, en especial, en su nivel de funcionalidad y autonomía. Las personas participantes tuvieron la oportunidad de vivenciar una experiencia personal que les permitió una reflexión sobre sí mismas, sobre la enfermedad, sobre el proceso de cuidado, sobre el proceso de pérdida y la mejor forma de aplicar las estrategias de afrontamiento para lidiar con las consecuencias.

En las sesiones virtuales sincrónicas, fue evidente la necesidad de las personas colaboradoras en el cuidado de obtener o brindarse retroalimentación sobre su proceso como facilitadores en rehabilitación neuropsicológica y que con la aplicación de las técnicas neuropsicológicas que se les plantearon en la libreta de ejercicios, fue posible en la práctica individual y grupal satisfacer necesidades que crearon matrices de aprendizaje a partir de la experiencia práctica.

Para la mayoría de las personas participantes fue importante sentir el acompañamiento tanto de las sustentantes como de otras en igual condición, la mayoría de las personas participantes fueron mujeres a quienes su familia les depositó el rol de cuida y de jefas de hogar que ellas asumieron posteriormente, muchas de ellas dejando sus proyectos personales, laborales y de pareja. También, se desarrolló un espacio de

retroalimentación entre las personas participantes, utilizando como medio la actividad cuidadores ayudando a cuidadores; en las que las sustentantes facilitaron la comunicación grupal tomando un papel de moderadoras de las intervenciones. A fin de cuentas, este espacio se convirtió en un espacio terapéutico porque el escenario grupal les permitió a las personas participantes involucrarse para ayudarse entre sí e idear soluciones a los problemas (Nelsen, 2009) que se presentaron según la temática que se abordó en cada uno de los módulos.

Por lo tanto, el trabajo grupal, evidenció que el compartir se puede transformar en un proceso para afrontar y resolver desde su rol como personas colaboradoras en el cuidado, independientemente del vínculo que se tenga con la persona con secuelas por TCE, porque reciben ayuda entre ellas, permitiendo que el proceso promueva prácticas positivas durante la interacción entre iguales.

La mayoría de las personas participantes comentaron no contar con información sobre el trauma que su familiar presenta y las que tuvieron mayor acceso a los servicios de salud, justificaron que no recuerdan haber recibido algún tipo de psicoeducación o no entendieron la información que les proporcionaron, reconociéndose, que esto último responde a un comportamiento típico de una persona que vivencia una reacción de ajuste ante dicha situación. Cabe recordar que sus familiares estaban en una condición hospitalaria crítica y por cuanto, no recibir información, exacerba la angustia sobre el futuro de la persona con TCE. Por lo tanto, se concluye que es de suma importancia que los funcionarios en salud brinden información acorde al estado emocional, escolaridad, contexto y momento apropiado que la persona colaboradora en el cuidado presente, asimismo, de tener la certeza que esta haya comprendido la información brindada y lo más importante, que la persona cuidadora tenga un acompañamiento psicológico durante ese momento de reacción de ajuste, en el que muchas (os) de ellas (os), son de pueblos lejanos y se encuentran solas (os), durante la estancia hospitalaria de la persona con TCE.

La psicoeducación en rehabilitación neuropsicológica se enfocó en brindar a la persona que colabora en el cuidado el control sobre el proceso de rehabilitación, logrando que pudiera determinar el comportamiento y las limitaciones de la persona con secuelas, influenciar o manipular el ambiente y obtener de esta manera, los resultados deseados en el mismo. No se trató solamente de la estimulación cognitiva en sí, sino que se promovió la autonomía y la funcionalidad a través del entrenamiento en el uso de estrategias para compensar los déficits neuropsicológicos producto de las secuelas. Para lo anterior, las personas colaboradoras en el cuidado utilizaron una libreta de trabajo, que se les entregó para utilizarlo en casa.

Se evidencia entonces, la importancia de la intervención de un equipo interdisciplinario que promueva una línea de trabajo psicoeducativa y de acompañamiento en la temática del trauma craneoencefálico. Tipos de abordajes como la psicoeducación representan para la psicología de la salud nuevas formas de intervención, que promueven ese trabajo interdisciplinario y un acercamiento que se ajusta a las realidades del contexto costarricense con un fin común, el cual es reducir el sentimiento de incapacidad, favorecer la descarga emocional, física y social de las personas colaboradoras en el cuidado como de la persona con secuelas por TCE.

En cuanto a la rehabilitación neuropsicológica, se partió de dos realidades de las personas con TCE, reducir las consecuencias de las deficiencias cognitivas en la vida diaria y el nivel en que estas deficiencias impiden el funcionamiento adecuado del individuo en su entorno social; sin embargo, para las personas colaboradoras en el cuidado implica la combinación del rol que ha sido asignado según el parentesco o relación con la persona a quien se cuida; es decir, cada una vive su proceso dependiendo de su rol y tipo de vínculo que tenga con la persona con secuelas por TCE.

Partiendo de tal línea de pensamiento, uno de los hallazgos más determinantes es que la rehabilitación neuropsicológica estuvo mediada por la vivencia de cuidado, es decir,

las personas participantes de forma objetiva lograron reproducir los ejercicios propuestos, utilizando la información adquirida a través de la intervención psicoeducativa, pero la forma en la que cada una ha logrado implementar en cada caso sus conocimientos está determinada por las características subjetivas de su vivencia de cuidado. He ahí la importancia de que la persona colaboradora en el cuidado pudiera ser abordada posteriormente al trauma craneoencefálico lo más pronto posible por el equipo interdisciplinario.

Por otra parte, el uso de la tecnología como una herramienta de psicoeducación, facilitó a los participantes independientemente de su lugar de residencia, condición como persona colaboradora en el cuidado, situación económica u otra limitante relacionada con el tiempo o el desplazamiento, ser partícipes de este proceso psicoeducativo, sin mencionar las condiciones sanitarias en las que se encuentra el mundo por la pandemia por la COVID-19, la cual representó la mayor limitante para el desarrollo de las actividades presenciales de este estudio.

Las personas participantes expresaron en general que debido a sus limitantes, sobre todo de origen económico, obtener capacitación en este tema no les hubiera sido posible si las condiciones hubiesen sido presenciales. Ya que esto les representaría un gasto por desplazamiento desde sus lugares de residencia y dificultades en la logística del hogar para ausentarse del mismo, mientras participaban del proceso psicoeducativo. Lo anterior, en este sentido rebasó las expectativas del proyecto, las personas participantes tuvieron siempre una adecuada disposición al proceso, realizaron los enlaces virtuales necesarios, evacuaron sus dudas, temores y se expresaron sobre lo que significa cuidar de otra persona. Lo anterior deja ver que la virtualidad es una propuesta novedosa y válida para subsanar las dificultades de acceso por distanciamiento, horarios y evitar gastos en viáticos.

Se puede señalar también que es necesario modificar la visión que se tiene del uso de la tecnología en los entornos de aprendizaje. Esta visión renovada debe dirigirse a que el uso de la tecnología como intervención es una herramienta válida y que los estudios demuestran que los resultados del aprendizaje a través de programas en línea son los mismos o incluso superiores a los obtenidos a través de métodos tradicionales.

Es por ello, como se señaló anteriormente, por lo que los resultados encontrados en la intervención superaron las expectativas de las sustentantes, ya que las personas participantes se caracterizaron por ser puntuales, estar presentes en cada una de las sesiones, siguiendo las recomendaciones y utilizando el cuaderno de trabajo de la mejor manera. Además, se percataron que la tecnología, no fue una limitante y que ser parte del grupo, les proveyó de un espacio contenedor y de acompañamiento ante su rol como personas colaboradoras en el cuidado. También cabe resaltar la importancia de combinar una intervención con apoyo de la virtualidad, haciendo uso de herramientas del aprendizaje a distancia, en este caso, la libreta de ejercicios.

En cuanto a las personas con secuelas por TCE, se encontró como una línea de análisis complementario, la causalidad que las prácticas de la masculinidad en la provincia de Guanacaste tienen en la construcción futura de esta problemática de salud pública, tales como: la monta de toros o la utilización de la motocicleta como medio de transporte sin el uso de dispositivos de seguridad (casco, rodilleras, coderas, etcétera.) y bajo los efectos del alcohol; sin embargo, en este estudio, no se profundizó en ello, porque como se ha explicado desde un principio, el interés de las sustentantes fue la figura de la persona colaboradora en el cuidado y la rehabilitación neuropsicológica.

A nivel de aportes a la disciplina psicológica que este trabajo final de investigación aplicada generó, se considera que dejó en evidencia la necesidad que existe para la psicología clínica y de salud tener un papel protagónico en la recuperación de las personas

con secuelas por TCE, así como en brindar un acompañamiento a los familiares o personas colaboradoras en el cuidado, el que puede ser presencial o virtual.

En el marco de que se trata de una problemática de salud pública a futuro, es urgente que el sistema de salud atienda al hallazgo de que el acompañamiento que debe brindarse a las personas con secuelas como a las personas que colaboran en su cuidado debe tener como base la psicoeducación, porque el dominio de la información permite una disminución en la carga emocional, una mejora en la dinámica de las familias y una promoción de la funcionalidad y autonomía de la persona con secuelas por TCE, que redundará en una mejora en la calidad de vida de la persona colaboradora en el cuidado, la familia en general y hasta la comunidad.

Igualmente, se debe trabajar en proyectos que promuevan y prevengan la problemática del trauma craneoencefálico, enfocado en las limitaciones a nivel neuropsicológico que conlleva un TCE, con frecuencia las personas solamente visualizan las secuelas a nivel físico que se presentan. Por ello, se considera se debe realizar un trabajo con diferentes actores sociales como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Obras Públicas y Transportes, las municipalidades, los hospitales, etcétera; a fin de concientizar a la población que está en riesgo en la provincia de Guanacaste.

Respecto a los familiares y personas colaboradoras en el cuidado, se considera un aporte hacerles sentir que su presencia y contribución en el cuidado de la persona con secuelas por TCE, es de suma importancia. Tener conocimiento de este hace que el proceso de cuidado sea mucho más llevadero, además, se desculpabiliza en este caso en particular, ya que la mayoría son madres a quienes la sociedad le ha depositado el proceso de crianza de sus hijos o hijas y muchas manejan culpa por el trauma que estos (as) tuvieron.

En cuanto a las personas con TCE, esta propuesta contribuyó con la disminución de angustia anticipada ante un futuro incierto, ya que su condición, sobre todo en las funciones psicológicas atención-concentración y memoria, se ha visto afectada; no obstante, la instrumentación y la intervención en los déficits hace que puedan modificar sus estudios o proyectos de vida acorde a su actual coeficiente intelectual.

Finalmente, cabe agregar que la percepción por parte de las sustentantes es que los objetivos propuestos en el estudio fueron alcanzados con satisfacción, a pesar de los retos que sugirió la omisión de la presencialidad. Igualmente, se cree importante destacar que para la disciplina psicológica la evaluación del impacto es una ruta de trabajo objetiva y ordenada, además de necesaria, como parte de la investigación y/o intervención psicológica cualitativa.

6.2. Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones se formularon sobre la premisa de que el trabajo con personas colaboradoras en el cuidado es una necesidad constante y precisa, ya que está directamente relacionada con la mejora en la calidad de vida de las personas a quienes cuidan.

García Romero (2011) explica que la responsabilidad de cuidar a una persona dependiente requiere de disciplina, educación e ilusión para así, poder adelantarse a los acontecimientos que se presentan durante el cuidado. Por lo tanto, un (a) cuidador (a) es más que una persona de apoyo, es alguien que protege, motiva, mueve y obliga a mejorar.

Las recomendaciones están dirigidas a los equipos inter y multidisciplinarios que tienen contacto con las personas con secuelas por TCE, tanto a nivel hospitalario como en cualquier otra organización que brinde apoyo a este tipo de población.

Se recomienda a los equipos inter y multidisciplinarios (Fundación Senderos de Oportunidad, Equipo interdisciplinario del Hospital Enrique Baltodano Briceño) que:

- El trabajo con personas que colaboran en el cuidado debe ser realizado por un equipo interdisciplinario que incluya a un profesional en psicología, en el que se pueda abordar todas aquellas interrogantes que se presentan durante la rehabilitación y con el fin de que esta persona tenga mayor seguridad sobre el proceso. Se recomienda el establecimiento formal en el sistema de salud en todas las regiones del país de servicios de rehabilitación neuropsicológica.
- El profesional en psicología debe realizar una intervención inmediata a nivel hospitalario, tanto con las personas con secuelas por TCE como con los familiares y allegados.
- Cada vez que se va a trabajar con personas colaboradoras en el cuidado independientemente del escenario hospitalario en el que se encuentre la

persona con TCE, es importante la psicoeducación sobre la patología de la cual se está haciendo referencia.

- Es necesario para llevar a cabo un proceso de psicoeducación, realizar una evaluación individual de cada persona colaboradora en el cuidado y de cada persona con secuelas por TCE, a fin de tener claridad sobre sus necesidades y los recursos con los que cuentan.
- La psicoeducación en rehabilitación neuropsicológica con personas colaboradoras debe estar compuesta por una dimensión teórica como una práctica, a fin de implementar toda la información que se le ha brindado y así poder compartir este entrenamiento con los demás miembros de la familia o allegados.
- Se debe tener en cuenta que la rehabilitación se basa en un compromiso mutuo entre profesionales y personas colaboradoras en el cuidado, teniendo como referencia las necesidades actuales y futuras de la persona con secuelas por TCE, de ahí la importancia de la exploración individual inicial.
- El desarrollo de los procesos grupales con las personas colaboradoras en el cuidado puede ser muy provechoso si se trabaja de forma mixta: una presencial y otra desde la virtualidad, con apoyo de material que la persona pueda seguir individualmente, un modelo con características de educación a distancia. El uso de la virtualidad aminora las dificultades que sugiere el desplazarse de un lugar a otro.
- Al trabajar por medio de la virtualidad, es necesario dar un seguimiento individual a los participantes a fin de que se sientan acompañados durante el proceso de rehabilitación de la persona con TCE.
- Se debe de utilizar un lenguaje comprensible para población con diferentes características, el cual puedan todos y todas comprender, independientemente

su nivel de escolaridad, para ello es importante ejemplificar la parte teórica, para hacerla más accesible y cotidiana.

- No es necesario que los recursos didácticos con ejercicios sean terminados o visualizados como tareas obligatorias, más bien, deben tener un espíritu de guía orientadora, con la cual la persona colaboradora en el cuidado pueda conducirse.
- Es importante que a la hora de poner en práctica los ejercicios con la persona con secuelas por TCE, se encuentre tranquila, descansada y alerta, ya que los ejercicios van a requerir un esfuerzo cognitivo y su disposición como el escenario en que se realicen deben ser óptimos.
- Las estructuras de las sesiones deben ser flexibles, brindando consignas claras y breves, con la garantía de que la información sea entendida por la persona que colabora en el cuidado.
- Se debe mantener una relación empática con la persona colaboradora en el cuidado, a fin de que tenga la confianza de poder expresar sus emociones y preocupaciones sobre la ejecución de su rol.
- Al trabajar con personas colaboradoras en el cuidado, es importante no olvidar el acompañamiento emocional, las vivencias emocionales y la motivación son elementos claves en la mejora de la calidad de vida de todas las personas involucradas en procesos similares a estos, en especial porque como ya se dijo, el vínculo determina el proceso de rehabilitación neuropsicológica. Se promueven estilos de vida saludables tanto emocionales como físicos.
- Es importante el abordaje de las pérdidas generadas por todo lo que implica la problemática del TCE.

- Las intervenciones de tipo grupal son las recomendadas, ya que estos son enriquecedores y brindan un acompañamiento entre iguales, en los que las personas colaboradoras en el cuidado se brindan apoyo de manera espontánea con base en sus propias vivencias. Asimismo, la retroalimentación que se propicia en este tipo de procesos permite la obtención de logros importantes en cada uno de ellos, por ejemplo, aprender unos de otros sobre las estrategias de afrontamiento que han utilizado desde su rol de persona colaboradora en el cuidado.
- Una tarea pendiente para una intervención psicoeducativa con personas colaboradoras en el cuidado es brindar acompañamiento para el reajuste de las expectativas sobre la recuperación de la persona con secuelas por TCE que se cuida, ofrecer orientación para el manejo de emociones y conductas de la persona afectada y sobre todo, insistir en la importancia de reconocer las propias necesidades.

6.3. Limitaciones identificadas

Se identificaron las situaciones significativas en este caso:

- A raíz de la emergencia sanitaria que se vive mundialmente por la COVID-19, fue necesario reestructurar el proceso metodológico, teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud, ente rector en salud en Costa Rica, ha girado una serie de lineamientos respecto al riesgo que supone la reunión de personas. Por lo tanto, la intervención psicoeducativa no fue posible realizarla de manera presencial, se realizó con apoyo de la virtualidad. Se desarrollaron sesiones de trabajo sincrónico y asincrónico, con el apoyo de las plataformas de Zoom y WhatsApp.

- Dos de las personas colaboradoras en el cuidado desertaron del proceso de forma prematura, ya que expresaron estar desvinculadas del rol, se trató de un padre y una madre que actualmente, debido a que consideran que las secuelas por TCE no son significativas para sus hijos, decidieron no continuar el proceso.
- Una de las personas colaboradoras en el cuidado se encuentra en plena reacción de ajuste (hijo con abuso del alcohol, cambios significativos en la dinámica de pareja y familia), esta situación le hizo desertar del proceso psicoeducativo.
- Dificultades propias del uso de la virtualidad y ajenas al control de las participantes, tales como: caída de la red, cortes de electricidad o condiciones climáticas.
- La necesidad de realizar seguimiento de forma individual por contratiempos en horarios de trabajo o estudio sugirió mayor inversión de tiempo por parte de las sustentantes.

6.4. Cronograma

Fases	Actividad	Fecha
Fase I	Entrega de anteproyecto a la comisión de trabajos finales de graduación	Diciembre 2019
	Devolución de anteproyecto	Febrero 2020
	Elaboración del material de trabajo para las sesiones.	Marzo 2020 – Mayo 2020
	Reclutamiento y selección de participantes con apoyo de la Fundación Senderos de Oportunidad.	Abril 2020
	Retroalimentación del equipo asesor del TFIA	Mayo 2020
	Sondeo telefónico	Junio 2020
	Matrícula de curso PF- 7335 Práctica de integración	Julio 2020
	Contacto con los participantes (Visitas domiciliarias)	Julio 2020
	Análisis de los instrumentos aplicados (Valoración inicial, entrevista, test Moca, estrategias de enfrentamiento, etc.)	Agosto 2020
Fase II	Módulo I: Generalidades del trauma craneoencefálico	Setiembre 2020
	Módulo II: Estrategias de afrontamiento de la persona cuidadora	Setiembre 2020

	Módulo III: Rehabilitación: atención – concentración	Octubre 2020
	Modulo VI: Rehabilitación: memoria	Octubre 2020
	Modulo V: Rehabilitación: habla y lenguaje	Noviembre 2020
	Sesión VI: Rehabilitación: funciones ejecutivas	Noviembre 2020
	Sesión: Cierre y evaluación.	Diciembre 2020
Fase III	Sistematización del TFIA	Diciembre 2020 -Enero 2021
	Presentación de borrador N.º 1 al profesor guía	Enero 2021
	Retroalimentación del borrador N.º 1	Febrero - Marzo 2021
	Formulación del borrador N.º 2	Abril 2021
	Formulación del borrador N.º 3	Mayo 2021
	Entrega de borrador N.º 2 a equipo asesor	Junio 2021

	Coordinación con comité asesor la presentación del TFIA	Julio 2021
	Envío a posgrado documentos para la presentación de defensa TFIA	Agosto 2021

Referencias

- Aguilar Rebolledo, F. (2003). Plasticidad cerebral. ¿Es posible la recuperación cerebral? Mecanismos biológicos de la plasticidad neuronal. *Nuevos Horizontes en la Restauración Neurológica*, 2 (2), 143-152.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2003/prn032j.pdf>
- Arango Lasprilla, J. C. (2006). *Rehabilitación neuropsicológica*. El Manual Moderno.
- Ardila, A. y Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico Neuropsicológico*.
http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf
- Ardila, A. y Rosselli, M. (1992). *Neuropsicología Clínica. Tomo I*. Prensa Creativa.
- Ardila, A. (2005). *Las afasias*. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. El Manual Moderno.
- Arias Valencia, M. M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*. XVIII (1), 13-26. Redalyc. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones
- Barrantes, R. (2013). *Investigación: Un camino al conocimiento*. EUNED.
- Beck, A. T., Rush, J, Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Desclée de Brouwer.
- Bender, L. (2002). *Test gestáltico Visomotor*. Paidós.
- Benedet, M. J. (1986). *Evaluación neuropsicológica*. Desclée de Brouwer.
- Benson, D. F., y Ardila, A. (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. Oxford University Press on Demand.
- Bonilla Santos, J., González Hernández, A., Vargas, E., Ríos, A. M. y Bonilla, G. (2016). Efecto de la rehabilitación neurocognitiva en pacientes con secuelas de trauma craneoencefálico. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17 (2), 21-30.

- Buela-Casal, G., Caballo Manrique V. E. y Sierra, C. J. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Siglo XXI de España.
- Builes Correa, M. V. y Bedoya Hernández, M. H. (2006) La Psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV (4), 463-475.
<http://www.redalyc.org/pdf/806/80635403.pdf>
- Caballo Manrique, V. E. (2007). *Manual de Evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Siglo Veintiuno.
- Carreón-González, H. (2017). Repercusión Social en la Persona con Traumatismo Craneoencefálico. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25 (2) 133-138. Repercusión social en la persona con traumatismo craneoencefálico (medigraphic.com)
- Carvajal-Castrillón, J. y Restrepo Peláez, A. (2013). Fundamentos teóricos y estrategias de intervención en la rehabilitación neuropsicológica en adultos con daño cerebral adquirido. *Revista CES Psicología*, 6 (2). 135-148.
<https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539422010.pdf>
- Carvajal-Castrillón, J., Giraldo, M., Henao, E., Lopera, F. y Uribe, C. (2009). Rehabilitación neurocognitiva en un caso de alteraciones neuropsicológicas y funcionales por Traumatismo Craneoencefálico severo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4 (1), 52-63.
https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Lopera/publication/237026322_Rehabilitacion_cognitiva_en_un_caso_de_alteraciones_neuropsicologicas_y_funcionales_por_Traumatismo_Craneoencefalico_severo/links/0c96052cd842cf164900000/Rehabilitacion-cognitiva-en-un-caso-de-alteraciones-neuropsicologicas-y-funcionales-por-Traumatismo-Craneoencefalico-severo.pdf
- Cassaretto, M; Chau, C; Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y Afrontamiento en

- estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de PUCP*, XX1 (2) 365-392.
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6849/6983>
- Charry, J. D., Cáceres, J. F., Salazar, A. C., López, L. P., & Solano, J. P. (2017). Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neurocirugía*, 43 (2), 177-182.
- Cisterna Cabrera, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14, (1) 61-71. untitled (ubiobio.cl)
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la personalidad*. Pearson Prentice Hall.
- Cruz Rivas Herrera, J. y Ostiguín Meléndez, R. M. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico?. *Enfermería universitaria*, 8 (1), 49-54.
<https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741838007.pdf>
- Cuervo, M. (2018). *Traumatismo craneoencefálico y su rehabilitación neuropsicológica en funciones ejecutivas*. Neuronup.com. <https://blog.neuronup.com/traumatismo-craneoencefalico-rehabilitacion-neuropsicologica/>
- Cuevas, J. J. y Moreno, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14 (3), 207-218. www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf
- Díaz, M., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2012). Historia de la terapia cognitivo conductual. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*.
- Dionne, J. y Vizcarra, B. (2010). *Intervención psicosocial en Chile: aportes desde la psicoeducación. Psicoeducación como enfoque y disciplina*. RIL.
<https://es.scribd.com/document/249347240/Capitulo-4-Psicoeducacion-Como-Enfoque-y-Disciplina>
- Ellis, A. W. y Young. A. W. (1992). *Neuropsicología cognitiva humana*. Masson, S.A.
- Escera, C. (2004). Aproximación histórica y conceptual a la neurociencia cognitiva.

Cognitiva, 16 (2), 1-21.

[http://www.ub.edu/brainlab/docs/publicacions_pdf/Escera%20\(2004a\)%20Cognitiva%20uncorrected%20proof.pdf](http://www.ub.edu/brainlab/docs/publicacions_pdf/Escera%20(2004a)%20Cognitiva%20uncorrected%20proof.pdf)

Espín Andrade, A. M. (2009). Escuela de Cuidadores, como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (2). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia (sld.cu)

Espinoza-Salgado F. S., Bravo-González M. C., Ramírez Ramírez A., Reyes-Lagunes I. y Velasco-Rojano E. (2017). *Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales*. Ediciones Complutense.

Fernández, L. A. (2014). Neuropsicología de la atención. Conceptos, alteraciones y evaluación. *Revista Argentina de Neuropsicopatología*, 25, 1-28.
FernandezRANPS25 (filesusr.com)

Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudios de casos*. Pirámide.

Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18 (1), 29-41.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018). *Ley de Autonomía Personal: Por el derecho a decidir mi proyecto de vida*.

Garay, C. J., Keegan, E. y Korman G. P. (2008). Terapia cognitivo conductual en formato grupal para trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 12, 61-72.

García Romero, B. C. (2011). *Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil* [Tesis de Doctorado, Universitat Ramon Llull]. Microsoft Word - Tesis Bernardo Celso García

Romero (tesisenred.net)

- Garcés-Viera M. V. y Suárez-Escudero J. C. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *Revista Ces Medicina*, 28 (1), 119-132.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v28n1/v28n1a10.pdf>
- García, W. F. (2020). *Plataformas digitales 2020*. Ediciones Fiscales ISEF.
https://www.academia.edu/45087098/LIBRO_PLATAFORMAS_DIGITALES_AUTOR_L_C_WILFREDO_FABIAN_GARCIA
- Ginarte-Arias, Y. (2002). Rehabilitación Cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 35 (09), 870-876. <https://doi.org/10.33588/rn.3509.2002418>
- González M. A., Pueyo Benito R. y Serra Grabulosa J. M. (2004). Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Anales de Psicología*, 20 (2) 303-316.
[http://www.ub.edu/neuropsychology/Articles_jmsg/Neuropsychologic_sequelae_of_traumatic_bran_injury_\(Spanish\).pdf](http://www.ub.edu/neuropsychology/Articles_jmsg/Neuropsychologic_sequelae_of_traumatic_bran_injury_(Spanish).pdf)
- González, R., & Hornauer-Hughes, A. (2014). Cerebro y lenguaje. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25 (1), 144-153.
- Guerra-Martin, m.d., Amador-Marin, B. y Martínez-Montilla, J. M. Problemas de salud de los cuidadores familiares de personas mayores de 65 años afectadas de insuficiencia renal crónica: una revisión sistemática. *Anales sis san navarra*, 38 (3), 425-438.
<https://dx.doi.org/10.4321/s1137-66272015000300007>
- Hecaen, H. (1977). Afasias y apraxias. In *Afasias y apraxias* (pp. 184-184).
- Hebben, N. y Milberg, W. (2011). *Fundamentos para la evaluación neuropsicológica*. (Trad. Vélez Espinosa, G. M.) Manual Moderno. (Trabajo original 2da edición publicado en 2009).
- Hernández, M. T., Sauerwein, H. C., Jambaqué, I., De Guise, E., Lussier, F., Lortie, A., Dulac, O., y Lassonde, M. (2002). Deficits in executive functions and motor

- coordination in children with frontal lobe epilepsy. *Neuropsychologia*, 40, 384- 400.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6a ed.) McGraw Hill.
- Islas Salas, N. L., Ramos del Río, B., Aguilar Estrada, M. y García Guillén, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19 (4), 266-271. In54-masiva (scielo.org.mx)
- Jara, O. (2012). La sistematización de experiencias. *Práctica y teoría para otros mundos posibles*, 8-258.
- Kotzeva A., Almazán Sáez, C., Rodó Cobo, M. y los miembros del Grupo de trabajo sobre intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico. (2010). *Intervenciones de rehabilitación en traumatismo craneoencefálico: consenso multidisciplinar*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2010/pdf/rhb_tce_aiaqs_2010es.pdf
- Lafuente Sánchez, J. V. (2005). Daño axonal difuso. Importancia de su diagnóstico en neuropatología forense. *Cuad Med Forense*, 11 (41) 173-182. <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn41/revision.pdf>
- Liebert, R. M., Liebert, L. L. y Palos Báez, E. (2000). *Personalidad. Estrategias y temas*. Thomson.
- López Amaro, V. O. (2011). *Efectividad de la Psicoeducación en la Calidad de Vida en Pacientes con Trastorno Depresivo Mayor*. [Maestría en Ciencias de la Salud en Investigación Clínica, Instituto Politécnico Nacional.] <https://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/123456789/12240/1/Tesis%20psicoeducacion%20depresion.pdf>
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández

- V. y Nogales-González C. Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. (2015). *Clínica y Salud*, 26 (1) https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742015000100006
- Lozano Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Turró Garriga, O., Pericot Nierga, I. López-Pousa, S. y Vilalta-Franch, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer. Real Invest Demenc*, 43, 4-11.
- Lubrini, G., Periáñez, J., y Ríos-Lago, M. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de la atención. *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*, 35-81.
- Machuca Murga, F., Domínguez Morales, M. R., Madrazo Lascano, M., y Rodríguez Duarte, R. (2002). Rehabilitación neuropsicológica, multidisciplinar, integral y holística del daño cerebral adquirido. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (1) 123-138.
- Madrazo Lazcano M., Machuca Murga, F., Barroso Martín J. M., Domínguez Morales, R. y León-Carrión, J. (1999). Cambios emocionales después de un trauma craneoencefálico grave. Centro de rehabilitación de daño cerebral. *Revista Española de Neuropsicología*, 1 (4) 75-82. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2006573.pdf>
- Madrigal, F. (2010). *Utilización del programa computarizado Grador en la rehabilitación neuropsicológica de la población con trauma cráneo encefálico referida al servicio de psicología*. Centro Nacional de Rehabilitación. Caja Costarricense de Seguro Social.
- Manual del Investigador. (2007). *Vicerrectoría de Investigación Comité Ético-Científico. Doctoral dissertation*, Universidad de Costa Rica.

- Martínez López, J. S. (2004). *Estrategias metodológicas y técnicas para la investigación social cualitativa*. Universidad Mesoamericana.
- Mateer, C. A. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 21, 11-20.
http://www.neuropsicologia.com.ar/pdf/c_mateer_introduccion_a_la_rehabilitacion_cognitiva.pdf
- Maureira Cid, F. A. y Flores Ferro, E. R. (2016). *Principios de Neuropsicobiología para estudiantes de educación*.
www.obrapropia.com/viewinteriorobra.ashx?idObra=1706
- Mercè Jódar, V., Redolar Ripoll, D., Blázquez Alisente, J. L., González Rodríguez, B., Muñoz Marrón, E., Periañez J. A. y Viejo Sobera, R. (2013). *Neuropsicología*. Editorial UOC.
Microsoft Word - estrategiasmetytecnicas.doc (webnode.com)
- Muñoz Marrón, E., Blazquez Alisente, J. L., Galparsoro Izagirre, N., González Rodríguez, B, Lubrini, G., Periañez Morales, J. A., Ríos Lago, M., Sánchez Cubillo, I. Tirapu Ustárroz, J. y Zulaica Cardoso, A. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. UOC.
- Nasreddine Z. S., Phillips N. A., Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I., Cummings, J. L. y Chertkow, H. (2009). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Revista Alzheimer Real Invest. Demenc* 53 (4), 695-699.
- Nelsen, J. (2009). *Disciplina Positiva*. Segunda Edición. Ediciones Ruz.
- Organización Mundial de la Salud. (2004) Peden, M. M. (Ed.). *Informe Mundial sobre Prevención de los Traumatismos Causados por el Tránsito*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ostigúin Meléndez, R., y Rivas Herrera, J. C. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o

- preludio teórico?. *Enfermería Universitaria*, 8 (1), 49-54.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.1.273>
- Ostrosky, F., Gómez, M. E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A. y Pineda, D. (2012). *Neuropsi: Atención y Memoria*. Manual Moderno.
- Ozonas, L. y Pérez, A. (2004-05) *La entrevista semiestructurada. Notas sobre una práctica metodológica desde una perspectiva de género*. Universidad de Comahue.
<http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/aljaba/n09a19ozonas.pdf>
- Páez-Barón, E. M., Corredor-Camargo, E. S. y Fonseca-Carreño, J. A. (2016) Evaluación del uso de herramientas sincrónicas y asincrónicas en procesos de formación de las ciencias agropecuarias. *Revista Ciencia y Agricultura*, 13 (1), 77-90.
- Pineda, D. A. (2020) La Función Ejecutiva y sus trastornos. *Revista de Neurología*, 30 (8) 764-768.
- Plaza Fontanela (2020). Blog: Plataformas digitales y sus ventajas.
<https://www.plazafontabella.com/2020/05/07plataformas-digitales-y-sus-ventajas>
- Política Nacional de Salud de Costa Rica (2011) Ministerio de Salud.
- Portellano Pérez, J. A. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. McGraw-Hill.
- Portellano Pérez, J. A. y García Alba, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria*. Síntesis.
- Quijano Martínez, M. C. y Cuervo Cuesta, M. T. (2011). Alteraciones cognitivas después de un trauma craneoencefálico. *Acta Colombiana de Psicología*, 14 (1) 71-80.
<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v14n1/v14n1a07.pdf>
- Quintero Osorio, M. A. (Ed.) (2011). *La salud de los adultos mayores: una visión compartida*. Organización Panamericana de la Salud.
- Rains, D. G. (2003). *Principios de Neuropsicología Humana*. McGraw Hill.
- Rebolledo, S. y Lobato, M. J. (2002). Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. En Caballo, V. E. (ed.) *Manual para el tratamiento cognitivo-*

conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI.

- Rimoldi, M. F., González Palau, F., Cáceres, M., Pruvost, M., Miranda A. L. y Viale, M. (2015). Programas para familiares de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebro vascular. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 7 (1), 12-23. http://www.neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/articulo/view/228/169 [30]
- Ríos Lago, M., Periañez, J. A. y Rodríguez, J. M. (2008). Neuropsicología de la atención (pp. 149-188).
- Rivas-Herrera, J. C. y Ostiguín-Meléndez, R. M. (2011). Cuidador: Concepto operativo o preludio teórico. *Enfermería Universitaria*, 8 (1), 49-54. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.1.273> [rmn162c.pdf](https://www.medigraphic.com/rmn162c.pdf) (medigraphic.com)
- Rojas Alfaro, Z. (s. f.) *El examen psiquiátrico del paciente*. [examenpsiquiatria.pdf](#) (binasss.sa.cr)
- Román, F. (2004). Presentación del número monográfico: Líneas de investigación actuales en neuropsicología. *Revista Anales en Psicología*, 20 (2), 173-174. [27291-Texto del artículo-128741-1-10-20080625 \(1\).pdf](#)
- Rosselli, M., Matute, E. y Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del Desarrollo Infantil*. Manual Moderno.
- Rosselli, M., Jurado, M. y Matute, E. (2008). Las funciones ejecutivas a través de la vida. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría, y Neurociencias*, 8, (1), 23-46. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3987451.pdf>
- Rufo Campos, M. (2006). La neuropsicología: historia, conceptos básicos y aplicaciones. *Revista de Neurología*, 43 (01), 57-58. <https://doi.org/10.33588/RN.43S01.2006392>

- Salazar-Villanea, M. (2012). Neuropsicología y envejecimiento: el potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. *Revista Costarricense de Psicología*, 31 (1-2), 123-146. <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/12/11>
- Santos Cela, J. L. y Bausela Herreras, E. (2005). Rehabilitación neuropsicológica. *Papeles del Psicólogo*, 90, 15-21. Redalyc. Rehabilitación neuropsicológica
- Sanz Pérez, V. (2016). *Recurso especializado para personas con DCA Mayores de 65 años en Pamplona*. [Grado en Trabajo Social, Universidad Pública de Navarra.] Universidad Pública de Navarra. <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/21211/ZUREKIN%20COMPLETO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Scoppetta, O. (2006). Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en salud pública. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 695-703.
- Sohlberg, M. M. y Mateer, C. A. (2001). Improving attention and managing attentional problems: Adapting rehabilitation techniques to adults with ADD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931 (1), 359-375.
- Solórzano Jiménez, L. M. (2010). Estudio de las Estrategias y Técnicas de Intervención dentro del Marco de la Rehabilitación Neuropsicológica en Pacientes con Afectación del Lóbulo Frontal (Revisión Bibliográfica y Propuesta Rehabilitadora). Trabajo Final de Graduación para optar al Título de Especialista en Psicología Clínica, Universidad de Costa Rica. Estudio de las Estrategias y Técnicas de Intervención dentro del Marco de la Rehabilitación Neuropsicológica en Pacientes con Afectación del Lóbulo Frontal-- (binasss.sa.cr)
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Morata.
- Tapia Valladares, J., Carmiol-Barboza, A. M. y Rosabal Coto, M. (2012). La Psicología del desarrollo en Costa Rica: Alcances y perspectivas futuras. *Revista Costarricense de*

Psicología, 31, (1-2), 101-121

Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud*. (6ª ed.). McGraw Hill.

Tirapu Ustárroz, J. (2011). Neuropsicología - Neurociencia y las ciencias "PSI". *Cuaderno de Neuropsicología*, 5 (1), 11-24. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v5n1/a02.pdf>

Trull, T. J. y Phares, E. J. (2003). *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. (6ª ed.). Thomson.

Turabián, J. L. (2007). *Actividades comunitarias en medicina familiar y atención primaria: un nuevo enfoque práctico*. Díaz de Santos.

Vargas Sanabria, M. (2014). Abordaje del Trauma Cráneo Encefálico en Patología Forense. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 31 (2). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000200007

Verdugo, M. A., Aguayo, V., Arias, B., Gómez, L. y Fernández, M. (2018). *Escala CADIVACE. Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con daño cerebral*. Instituto Universitario de Integración en la comunidad.

Zárate, R. (2011). Características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de trauma craneoencefálico en la Unidad de Neurotrauma del Centro Nacional de Rehabilitación durante el período 2009-2010. [Trabajo Final de Graduación para optar al Título de Especialista en Medicina Física y Recreación. Universidad de Costa Rica.] Universidad de Costa Rica.

Anexos

Anexo 1. Carta de presentación del estudio



Liberia, 15 de enero del 2020.

Estimado Sr (Sra).

Proyecto: Familiares y allegados colaboradores en el cuidado de las personas con secuelas por trauma craneoencefálico como facilitadores en procesos de rehabilitación neuropsicológica.

Es un placer saludarle. La presente misiva tiene como objetivo invitarle a ser parte del proyecto mencionado anteriormente. Su información nos ha llegado como referencia de la *Fundación Senderos de Oportunidad*, quienes se encuentran apoyando nuestro proyecto de investigación.

Nuestros nombres son Anny Morales Bonilla y Enid Jaén Hernández, ambas licenciadas en psicología y debidamente colegiadas en el Colegio de Profesionales de Psicología de Costa Rica, quienes nos encontramos finalizando nuestros estudios de posgrado en la Universidad de Costa Rica. Como requisito para obtener el título de Maestría en Psicología Clínica y de la Salud debemos realizar un trabajo final de intervención aplicada, en el cual nos ha interesado indagar sobre la problemática del trauma craneoencefálico.

Este proyecto tiene como propósito determinar el impacto de la aplicación de una intervención psicoeducativa en rehabilitación neuropsicológica, dirigida a familiares o allegados que colaboran en el cuidado de personas con secuelas por TCE, en la Ciudad de Liberia.

Ya que usted es familiar o allegado de una persona que padece secuelas por trauma craneoencefálico le invitamos a participar de una reunión el próximo _____ (fecha por definir) en las instalaciones _____ (lugar por definir).

Si se encuentra interesado en participar y requiere más detalles sobre la reunión a la que se le invita puede solicitarlos por medio de la Fundación Senderos de Oportunidad o llamando directamente al número 8815 66 85 o escribiendo al correo electrónico amorales.ucr@gmail.com.

Estaremos agradecidas de contar con su participación.

Cordialmente,

Licda. Anny Morales Bonilla
Código profesional 4495

Licda. Enid Jaén Hernández
Código profesional 2677

Anexo 2. Sondeo telefónico

Objetivo: recopilar una primera información de aspectos relevantes sobre la persona cuidadora y la persona con secuelas.

Nombre de la persona participante: _____

Nombre de la persona con secuelas: _____

Parentesco con la persona con secuelas por TCE: _____

Lugar de residencia: _____

Teléfono (contacto): _____

Criterios de Inclusión	<input checked="" type="checkbox"/>
Familiares o allegados de personas con secuelas por trauma craneoencefálico.	
Familiares o allegados de personas con secuelas de TCE que tengan accesibilidad para participar en todas las sesiones.	
Familiares o allegados de personas con secuelas de TCE que estén dispuestas a ser entrevistadas por las sustentantes en una sesión previa.	
Familiares o allegados de personas con secuelas de TCE que sean referidas por la Fundación Senderos de Oportunidad.	
Familiares o allegados de personas con secuelas de TCE que no estén hospitalizadas(os) ni tengan diagnóstico de terminalidad.	
Familiares o allegados de personas con secuelas por TCE que cuenten con acceso a Internet y a un dispositivo inteligente.	
Familiares o allegados de personas con secuelas de TCE que no tengan capacidad mental disminuida, esquizofrenia o trastorno mental del grupo del eje II descompensado.	

Breve explicación del caso:

Nombre de la persona contactada: _____

Anexo 3. Libreta de trabajo

Por la extensión del archivo Libreta de Trabajo se adjunta el documento completo (PDF) por aparte para un mejor acceso a dicha información.

Anexo 4. Entrevista a las personas participantes

Nombre de la persona con secuelas por TCE: _____

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA PERSONA COLABORADORA EN EL CUIDADO

Nombre de la persona participante: _____

Edad: _____

Género: _____

Escolaridad: _____

Estado civil: _____

Situación laboral: (la situación actual tiene que ver con colaborar con el cuidado de la persona con secuelas por TCE)

Limitaciones físicas: (utiliza gafas, tiene problemas de audición, discapacidad de tipo físico, etc.).

Antecedentes de patología en salud mental:

PERFIL DE ENTRADA DEL CUIDADOR

Tiempo en rol: _____

Tiempo diario dedicado: _____

Tipo de cuidador: _____

Redes de apoyo: ¿Usted cuenta con una red de apoyo familiar y/o comunal para el cuidado de la persona con TCE? Explique:

Autonomía: ¿Qué actividades de la cotidianidad realiza por sí mismo (a) la persona con secuelas por TCE? Explique:

¿De 1 a 5 con qué intensidad considera que esta situación afecta su vida cotidiana?

¿Ha buscado ayuda anteriormente para solucionar o mejorar su situación como persona colaboradora en el cuidado?

Además de la problemática del TCE, ¿qué otra situación de su vida en este momento le está produciendo algún sufrimiento o ansiedad?

Autocuidado: ¿Qué tipo de actividades realiza usted que le ayudan a despejarse o descansar? Explique:

Explique sobre la intervención del equipo de salud que recibió durante la estancia hospitalaria y una vez egresado (a) la persona que usted cuida.

¿Asistió o participó usted en alguna actividad donde le explicaran qué es el TCE y cómo puede ayudar en el proceso de rehabilitación?

¿Tiene usted conocimiento sobre rehabilitación neuropsicológica y sus beneficios?

Anexo 5. Valoración de la persona con TCE

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: _____

Edad: _____

Género: _____

Escolaridad: _____

Es pensionado: _____

Fecha del trauma: _____

Causa del trauma: _____

Datos relevantes del trauma:

FUNCIONALIDAD Y AUTONOMÍA:

Funcionamiento cognitivo (comprensión, comunicación, manejo del tiempo, resolución de problemas e integración):

Funcionamiento social (interacción cuidador-familia/comunidad):

Funcionamiento psicológico: (sentimientos y estados emocionales, comportamiento para la resolución de problemas, autoconcepto y autoidentidad).

SCREENING NEUROPSICOLÓGICO

ATENCIÓN:

MEMORIA:

LENGUAJE Y HABLA:

FUNCIONES EJECUTIVAS:

Anexo 6. Guía para la visita domiciliaria

Objetivo: Establecer relación con las personas participantes y generar continuidad con los objetivos del TFIA.

***Utilización de protocolo sanitario correspondiente*.**

Nombre de la persona participante: _____

Nombre de la persona con secuelas: _____

Parentesco con la persona con secuelas por TCE: _____

Lugar de residencia: _____

Actividades por realizarse durante la visita domiciliaria

Actividad	<input checked="" type="checkbox"/>	Observaciones
Presentación	<input type="checkbox"/>	
Discusión y firma del Consentimiento Informado	<input type="checkbox"/>	
Corroborar criterios de inclusión	<input type="checkbox"/>	
Entrega y explicación general del material psicoeducativo impreso para el seguimiento de la intervención.	<input type="checkbox"/>	
Aplicación Test MoCA	<input type="checkbox"/>	
Aplicación instrumento Estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios	<input type="checkbox"/>	
Uso de dispositivos inteligentes y plataformas de apoyo digital	<input type="checkbox"/>	

Fecha de la visita: _____

Anexo 7. Fórmula de consentimiento informado



Maestría en Psicología Clínica
y de la Salud

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfonos:(506) 2511 9447

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Familiares y allegados colaboradores en el cuidado de las personas con secuelas por trauma craneoencefálico como facilitadores en procesos de rehabilitación neuropsicológica.

Responsables: Licda. Enid Jaén Hernández – Código Profesional 2677

Licda. Anny Morales Bonilla – Código Profesional 4495

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: El presente proyecto corresponde al Trabajo Final de Investigación Aplicada que es requisito para obtener el título de Maestría en Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad de Costa Rica. El objetivo del proyecto es Determinar el impacto de la aplicación de una intervención psicoeducativa en rehabilitación neuropsicológica, dirigida a familiares o allegados que colaboran en el cuidado de personas con secuelas por TCE, en la Ciudad de Liberia.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Si usted acepta participar en este proyecto, se le invitará a ser parte de once charlas psicoeducativas acerca de las

secuelas del trauma craneoencefálico (TCE). Se le brindará información sobre el TCE, capacitación en técnicas y estrategias en rehabilitación neuropsicológica que le permitirán un mayor bienestar en las actividades de la vida cotidiana tanto a usted como a la persona con secuelas que usted cuida. Todo el material e información que se recopile durante las sesiones, serán utilizados únicamente con fines académicos.

C. RIESGOS: La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: pueda que en ocasiones se sienta incómodo (a) por la temática de la que se trate, ante lo cual se le respetará el derecho de hablar o no, participar o no, en el momento que lo requiera.

D. BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, obtendrá el beneficio directo de que se le brinde un espacio psicoeducativo para conocer sobre las secuelas del TCE y algunas técnicas o estrategias que mejoren su calidad de vida y la de la persona que usted cuida.

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Enid Jaén Hernández y Anny Morales Bonilla quien debe haber contestado satisfactoriamente a todas sus preguntas en este momento y las que pudieran surgir más adelante. Si requiere ampliar información más adelante puede obtenerla llamando al teléfono 88156685 o al correo electrónico amorales.ucr@gmail.com

F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

G. Su participación es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.

H. Su participación es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada.

Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del participante	Fecha
---	-------

Nombre, cédula y firma de Licda. Enid Jaén Hernández	Fecha
--	-------

Nombre, cédula y firma de Licda. Anny Morales Bonilla	Fecha
---	-------

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESIÓN DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.
CELM-Consentimiento Informado.odt

Anexo 9. Estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios

A continuación, encontrará una lista de situaciones que en general las personas piensan, sienten y/o hacen para enfrentar el cuidado de un paciente. Lea por favor cada una de las oraciones y marque con una cruz el número que corresponda a la categoría que mejor exprese lo que usted ha hecho a partir de que su familiar enfermó.

Totalmente en Desacuerdo **0**

En Desacuerdo **1**

De Acuerdo **2**

Totalmente de Acuerdo **3**

1) Procuo que mi paciente no se entere de su actual estado de salud.	0	1	2	3
2) Siento que mi cuerpo tiembla, cuando cuido a mi paciente.	0	1	2	3
3) Cuidar a mi paciente me provoca miedo.	0	1	2	3
4) Trato que los demás no se enteren de la enfermedad de mi paciente.	0	1	2	3
5) Le he dedicado tiempo al cuidado de mi paciente.	0	1	2	3
6) He intentado golpear a alguien, cuando realizan comentarios sobre el cuidado de mi familia	0	1	2	3
7) Quisiera salir corriendo ante el cuidado de mi paciente	0	1	2	3
8) Pienso que el cuidado de mi paciente es mi responsabilidad	0	1	2	3
9) He brindado muestras de afecto a mi paciente (Consentirlo, mimarlo, apapacharlo, etc.)	0	1	2	3
10) Si descuido a mi paciente, me siento una persona desobligada	0	1	2	3
11) Cuidar a mi paciente me genera angustia	0	1	2	3
12) Pienso que es mi deber cuidar a mi familiar	0	1	2	3
13) Llora cuando cuido a mi familiar	0	1	2	3
14) Cuidar a mi paciente me genera tristeza	0	1	2	3
15) Si descuido a mi paciente, me siento irresponsable	0	1	2	3

Anexo 10. Guía de seguimiento para cada módulo

Caso # "X"

Módulo	Temática	Actividades	Seguimiento Individual		
1	Generalidades del TCE	<p>Asincrónica – Grupal: Envío de Video Generalidades del TCE</p> <p>Asincrónica – Individual: Libreta de Ejercicios (Se brinda seguimiento sobre las consignas solicitadas ejecutar en el video – completar página 8)</p> <p>Sincrónica – Grupal: Participa en espacio en tiempo real para la interacción grupal</p> <p>Sincrónica – Individual: Seguimiento vía telefónica o chat para conocer el avance</p>	-Mira los videos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Realiza ejercicio de autorreflexión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Solicita ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Participa de la sesión grupal sincrónica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Comentarios para este módulo:		
2	Estrategias de afrontamiento de la persona que colabora en el cuidado de la persona con secuelas por TCE.	<p>Asincrónica – Grupal: Envío de Video Generalidades del TCE</p> <p>Asincrónica – Individual: Libreta de Ejercicios (Se brinda seguimiento sobre las consignas solicitadas ejecutar en el video – completar desde página 11 hasta 21).</p> <p>Sincrónica – Grupal: Participa en espacio en tiempo real para la interacción grupal</p> <p>Sincrónica – Individual: Seguimiento vía telefónica o chat para conocer el avance</p>	-Mira los videos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Realiza ejercicio de autorreflexión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Solicita ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Participa de la sesión grupal sincrónica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Comentarios para este módulo:		
3	Rehabilitación: Atención-Concentración	<p>Asincrónica – Grupal: Envío de Video Generalidades del TCE</p> <p>Asincrónica – Individual: Libreta de Ejercicios (Se brinda seguimiento sobre las consignas solicitadas ejecutar en el video – completar páginas 35 y 36).</p> <p>Sincrónica – Grupal: Participa en espacio en tiempo real para la interacción grupal</p> <p>Sincrónica – Individual: Seguimiento vía telefónica o chat para conocer el avance</p>	-Mira los videos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Realiza ejercicio de autorreflexión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Solicita ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Participa de la sesión grupal sincrónica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Comentarios para este módulo:		
4	Rehabilitación: Memoria	<p>Asincrónica – Grupal: Envío de Video Generalidades del TCE</p> <p>Asincrónica – Individual: Libreta de Ejercicios (Se brinda seguimiento sobre las consignas solicitadas ejecutar en el video – completar páginas 50 y 51).</p>	-Mira los videos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Realiza ejercicio de autorreflexión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Solicita ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Participa de la sesión grupal sincrónica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

		<p>Sincrónica – Grupal: Participa en espacio en tiempo real para la interacción grupal</p> <p>Sincrónica – Individual: Seguimiento vía telefónica o chat para conocer el avance</p>	Comentarios para este módulo:		
5	Rehabilitación: Habla y Lenguaje	<p>Asincrónica – Grupal: Envío de Video Generalidades del TCE</p> <p>Asincrónica – Individual: Libreta de Ejercicios (Se brinda seguimiento sobre las consignas solicitadas ejecutar en el video – completar páginas 64 y 65).</p> <p>Sincrónica – Grupal: Participa en espacio en tiempo real para la interacción grupal</p> <p>Sincrónica – Individual: Seguimiento vía telefónica o chat para conocer el avance</p>	-Mira los videos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Realiza ejercicio de autorreflexión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Solicita ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Participa de la sesión grupal sincrónica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Comentarios para este módulo:		
6	Rehabilitación: Funciones Ejecutivas	<p>Asincrónica – Grupal: Envío de Video Generalidades del TCE</p> <p>Asincrónica – Individual: Libreta de Ejercicios (Se brinda seguimiento sobre las consignas solicitadas ejecutar en el video – completar páginas 78 y 79).</p> <p>Sincrónica – Grupal: Participa en espacio en tiempo real para la interacción grupal</p> <p>Sincrónica – Individual: Seguimiento vía telefónica o chat para conocer el avance</p>	-Mira los videos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Realiza ejercicio de autorreflexión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Solicita ayuda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			-Participa de la sesión grupal sincrónica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Comentarios para este módulo:		

Anexo 11. Guía de actividad grupal sincrónica

Modulo	Temática	Objetivos	Tareas	Tiempo
1	Generalidades del TCE	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar información a los participantes sobre secuelas de TCE. -Exponer a los participantes las características de TCE. -Desmitificar la conducta del paciente con TCE. 	<ul style="list-style-type: none"> -Actividad de Bienvenida y Presentación -Actividad de animación y enlace con la teoría -Interacción entre los participantes -Actividad de cierre 	2 horas
2	Estrategias de afrontamiento de la persona que colabora en el cuidado de la persona con secuelas por TCE	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar habilidades en los participantes para generar una adecuada red de apoyo. -Reconocer las estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas ante el rol de cuidador/a. 	<ul style="list-style-type: none"> -Actividad de animación y enlace con la teoría -Revisión de los ejercicios que aparecen en la libreta de ejercicios (pág. 11-21) -Interacción entre los participantes “Cuidadores ayudando a cuidadores” • Actividad de cierre 	2 horas
3	Rehabilitación: Atención-Concentración	<ul style="list-style-type: none"> -Brindar información acerca de las características de los tipos de atención y la funcionalidad de cada una de ellas. -Exponer a los participantes las diferentes técnicas neuropsicológicas para rehabilitar los trastornos atencionales. 	<p><u>Sincrónica 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Actividad de animación y enlace con la teoría -Revisión de los ejercicios de rehabilitación que aparecen en la libreta de ejercicios (pág. 26 - 34) <p><u>Sincrónica 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Saludo inicial – Retroalimentación sobre experiencia en aplicación de ejercicios -Interacción entre los participantes “Cuidadores ayudando a cuidadores” - Actividad de cierre 	2 horas cada sesión
4	Rehabilitación: Memoria	<ul style="list-style-type: none"> -Exponer a los participantes el proceso psicológico que tiene la memoria y los tipos de memoria. -Instrumentar a los participantes en las diferentes técnicas de rehabilitación neuropsicológica de la memoria. 	<p><u>Sincrónica 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Actividad de animación y enlace con la teoría -Revisión de los ejercicios de rehabilitación que aparecen en la libreta de ejercicios (pág. 42 - 51) <p><u>Sincrónica 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Saludo inicial – Retroalimentación sobre experiencia en aplicación de ejercicios -Interacción entre los participantes “Cuidadores ayudando a cuidadores” - Actividad de cierre 	
5	Rehabilitación: Habla y Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> -Presentar a los participantes las alteraciones del lenguaje (afasias). -Instrumentar a los participantes en las técnicas de rehabilitación a nivel de comprensión verbal, fluidez verbal, lenguaje automático, vocabulario y lecto-escritura. 	<p><u>Sincrónica 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Actividad de animación y enlace con la teoría -Revisión de los ejercicios de rehabilitación que aparecen en la libreta de ejercicios (pág. 56 - 65) <p><u>Sincrónica 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Saludo inicial – Retroalimentación sobre experiencia en aplicación de ejercicios -Interacción entre los participantes “Cuidadores ayudando a cuidadores” - Actividad de cierre 	
6	Rehabilitación: Funciones Ejecutivas	<ul style="list-style-type: none"> Presentar a los participantes las alteraciones en el área de las funciones ejecutivas. Facilitar a los participantes, herramientas para promover el enfrentamiento a la vida diaria de los rehabilitantes. 	<p><u>Sincrónica 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Actividad de animación y enlace con la teoría -Revisión de los ejercicios de rehabilitación que aparecen en la libreta de ejercicios (pág. 70 - 79) <p><u>Sincrónica 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Saludo inicial – Retroalimentación sobre experiencia en aplicación de ejercicios -Interacción entre los participantes “Cuidadores ayudando a cuidadores” - Actividad de cierre 	

Anexo 12. Guía de observación de cada sesión

Módulo	Indicador	Anotar observaciones
Generalidades del Trauma Craneoencefálico	<ul style="list-style-type: none"> -Expresa conocimiento de la definición de lo que es un TCE - Reconoce la existencia de tipos de TCE -Reconoce las funciones neuropsicológicas y sus secuelas 	
Estrategias de Afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> -Retoman actividades personales y de autocuidado 	
Atención-Concentración	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad para realizar los ejercicios - Consciencia de las secuelas por TCE. 	
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad para realizar los ejercicios - Consciencia de las secuelas por TCE. 	
Habla y Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad para realizar los ejercicios - Consciencia de las secuelas por TCE. 	
Funciones ejecutivas	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad para realizar los ejercicios - Consciencia de las secuelas por TCE. 	

Anexo 13. Valoración Final de la Persona con Secuelas por TCE**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Nombre: _____

FUNCIONALIDAD Y AUTONOMÍA:

Funcionamiento cognitivo (comprensión, comunicación, manejo del tiempo, resolución de problemas e integración):

Funcionamiento social (interacción cuidador-familia/comunidad):

Funcionamiento psicológico: (sentimientos y estados emocionales, comportamiento para la resolución de problemas, autoconcepto y autoidentidad).

SCREENING NEUROPSICOLÓGICO (basado en Test de MoCA)

ATENCIÓN:

MEMORIA:

LENGUAJE Y HABLA:

FUNCIONES EJECUTIVAS:

OBSERVACIONES GENERALES DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA PERSONA COLABORADORA EN EL CUIDADO:

Anexo 14. Guía para cierre y evaluación

Objetivo de investigación	Actividades	Indicadores
Describir los cambios surgidos a partir de la participación en la intervención grupal psicoeducativa en rehabilitación neuropsicológica.	N°1 Sincrónica – Grupal: Espacio en tiempo real	
	-Saludo -Retroalimentación sobre experiencia general en aplicación de ejercicios -Interacción entre las personas participantes “ <i>Cuidadores ayudando a cuidadores</i> ” - Despedida	-Expresan conocimiento acerca del TCE. -Expresan conocimiento de técnicas específicas para el área afectada por TCE.
	N°2 Sincrónica – Individual: Seguimiento vía telefónica (Consulta sobre llenado de Libreta de Ejercicios – Consulta sobre experiencia)	
	N°3 Visita domiciliaria	
	-Aplicación Test de MOCA	

Anexo 15. Definición de actividades, funciones, tareas y productos esperados según cada objetivo específico

Objetivos Específicos	Categorías de Análisis	Subcategorías de Análisis	Indicadores	Actividad Técnica
<p>Brindar información sobre las generalidades del TCE y funciones cognitivas a personas colaboradoras en el cuidado de personas con dicha afectación.</p>	<p>Trauma Craneoencefálico. Definición conceptual: Se refiere a lesiones adquiridas en las que se ve implicado al cerebro tras recibir un impacto. Se define como un intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico o funcional del contenido craneal, lo cual condiciona alguna de las manifestaciones clínicas siguientes: confusión o desorientación, pérdida de conciencia, amnesia postraumática y otras anomalías neurológicas. ^a Definición operacional: Corresponde al conocimiento sobre las generalidades del TCE que incluye su definición, la identificación de los tipos de trauma y el reconocimiento de las funciones neuropsicológicas y sus secuelas.</p>	<p>Conocimiento de la definición de TCE</p> <p>Conocimiento de los tipos de TCE</p> <p>Conocimiento de las funciones neuropsicológicas y sus secuelas</p>	<p>Al menos 3 personas participantes expresan conocimiento de la definición de lo que es un TCE</p> <p>Al menos 3 personas participantes reconocen la existencia de tipos de TCE</p> <p>Al menos 3 personas participantes reconocen las funciones neuropsicológicas y sus secuelas</p>	<p>Módulo 1</p>
<p>Proveer técnicas y estrategias para la rehabilitación neuropsicológica de las secuelas en las siguientes funciones cognitivas: atención, memoria,</p>	<p>Rehabilitación neuropsicológica. Definición conceptual: Todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes, entre ellos la atención, la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas. ^b Definición operacional: Incluye la concientización de la persona que colabora en el cuidado</p>	<p>-Concientización de las secuelas</p> <p>-Uso de libreta de trabajo</p>	<p>La mayoría de las personas colaboradoras en el cuidado cuentan con disponibilidad para realizar los ejercicios con la persona con secuelas por TCE.</p> <p>La mayoría de las personas colaboradoras están conscientes de las secuelas por TCE.</p>	<p>Módulos 3, 4, 5 y 6</p>

Objetivos Específicos	Categorías de Análisis	Subcategorías de Análisis	Indicadores	Actividad Técnica
lenguaje y funciones ejecutivas, a personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas por TCE.	ante el deterioro de la persona con secuelas por TCE. Así como el uso que la persona colaboradora en el cuidado hace de la Libreta de Trabajo donde se encuentran los ejercicios de cada una de las áreas.			
Describir los cambios surgidos a partir de la participación en la intervención grupal psicoeducativa en rehabilitación neuropsicológica.	<p>Psicoeducación.</p> <p>Definición conceptual: Consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. ^c</p> <p>Definición operacional:</p> <p>Es la estrategia de intervención que se utiliza. Incluye brindar información sobre el TCE a las personas colaboradoras en el cuidado de personas con secuelas y el entrenamiento en técnicas para enfrentar el problema.</p>	<p>Información sobre el TCE</p> <p>Entrenamiento en técnicas para enfrentar el problema</p>	<p>Al menos 3 personas expresan conocimiento acerca del TCE.</p> <p>Al menos 3 personas tienen conocimiento de técnicas específicas para el área afectada por TCE.</p>	<p>Módulo 2</p> <p>Cierre y evaluación (sesión sincrónica, visita domiciliar).</p>

Objetivos Específicos	Categorías de Análisis	Subcategorías de Análisis	Indicadores	Actividad Técnica
<p>Promover por medio de la intervención grupal psicoeducativa con personas colaboradoras en el cuidado, la reinserción social a las funciones de la vida diaria y la comunidad de personas con secuelas por TCE.</p>	<p>Reinserción social: Definición conceptual: La rehabilitación de las secuelas por TCE en el abordaje debe tener como objetivo enseñar a las personas funcionalmente discapacitadas a que convivan con sus discapacidades a pesar de ellas.^d Definición operacional: Incluye la consideración que la persona con secuelas por TCE retoma actividades de la vida diaria y otras que reflejan autonomía personal por sí mismos (as).</p>	<p>Actividades de la vida diaria</p> <p>Autonomía</p>	<p>Al menos 5 de las personas con TCE han retomado actividades de la vida diaria y otras que reflejan autonomía por sí mismas</p>	<p>Sondeo Entrevista (caracterización sobre la situación de la persona con secuelas - MOCA) Visita Domiciliar</p>
<p>Nota. ^aKotzeva et ál., (2010), ^bMuñoz, (2009)., ^cLópez, (2001)., ^dCarreón-González, (2017).</p>				