

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



IMPORTANCIA DE LAS REDES DE APOYO EN LA RECUPERACIÓN DE UN
PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

Sirley Dayana Malaver Vargas

1.090.499.864

Cúcuta, Norte de Santander

2018

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



IMPORTANCIA DE LAS REDES DE APOYO EN LA RECUPERACIÓN DE UN
PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

Sirley Dayana Malaver Vargas

1.090.499.864

Ps. Esp. Vivian Peña Parada

Directora

Cúcuta, Norte de Santander

2018

Dedicatoria

Dedico mi trabajo de grado en una primera instancia a Dios quien me ha dado la capacidad de afrontar las dificultades y me ha llenado de sabiduría para llegar hasta donde estoy hoy en día, así mismo dedico esto a mi Madre, quién ha sido mi motor, mi orgullo y mi vida, quien se ha esmerado por darme absolutamente todo lo que he necesitado en la vida, sobre todo amor incondicional.

De la misma forma lo dedico a mi familia, quienes me han enseñado el valor de la felicidad, de los buenos momentos y de la unión, a mi padre por ser motivo de inspiración para hacer realidad esta investigación.

A mi compañero de vida por apoyarme en todos los momentos que lo necesitaba, por brindarme estabilidad y equilibrio cuando sentía que lo había perdido, a todos y cada uno de ellos, mil gracias, LOS AMO.

Agradecimientos

Cada proyecto que se emprende en la vida requiere de esfuerzo y dedicación, de apoyo y de motivación, de acompañamiento y corrección, por eso debo agradecer la entrega y el

conocimiento ofrecido a mi investigación por parte de la Especialista Vivian Peña Parada, directora de esta tesis, quién innumerables veces con toda la disposición me ofrecía la asesoría necesaria para aclarar mis dudas.

Al Doctor Ruber Simón Vélez Larrotta, por el gran ser humano que me demostró ser, así mismo agradezco a todos y cada uno de los docentes que hicieron parte de mi formación, que de una u otra forma aportaron conocimientos y experiencias únicas para mi vida tanto personal como profesional.

Agradezco a mi mejor amiga, mi hermana, que durante todos estos años ha estado en mi vida, para compartir tanto alegrías como tristezas, y me ha enseñado que no importa cuántas veces caigas, siempre encontraras un motivo por el cual volver a levantarte.

Por ultimo agradezco a todas las personas que han confiado en mí y mis capacidades, que me han brindado su apoyo y su amistad, y que han vivido conmigo todo este proceso de formación.

Tabla de Contenido

Resumen	5
Abstract	5
Introducción	7
Problema	10
Planteamiento Del Problema	10
Descripción Del Problema	13
Formulación Del Problema	15
Justificación	16
Objetivos	18
General	18
Específicos	18
Estado Del Arte	19
Local	19
Regional	20
Nacional	21
Internacional	22
Marco Teórico	25
Capitulo I. Psicología Clínica	25
Enfoque Sistémico	26
Definición de sistema.	28
La familia como sistema.	30
La persona como sistema.	31
La intervención sistémica.	31
Capitulo II. Redes De Apoyo	32

La importancia de la familia en el desarrollo.	32
Cuidadores.	33
Qué es un cuidador.	33
El cuidador y las circunstancias.	34
Funciones del cuidador.	35
Rehabilitación interdisciplinaria.	36
Intervención de fisioterapia.	36
Intervención de terapia ocupacional.	38
Intervención de psicología.	40
Intervención de fonoaudiología	42
Capitulo III. Trauma Craneoencefálico	43
Traumas craneoencefálicos producto de accidentes de tránsito.	44
Otros tipos de traumas o lesiones.	45
Tipo de lesión.	45
Agudeza de la lesión.	46
El sitio de la lesión	47
Tamaño de la lesión.	47
Afectaciones en las diferentes áreas.	47
Área física.	48
Psicosociales (área cognitiva, área familiar, área emocional (de pareja), área social, área laboral).	49
Recomendaciones clínicas en la recuperación del trauma.	54
Principios generales de manejo.	54
Manejo prehospitario.	54
Manejo intrahospitalario.	55

Manejo extrahospitalario.	55
Marco Conceptual	57
Lesiones Producto De Trauma Craneoencefálico	57
Lesión primaria.	57
Lesión secundaria.	57
Lesión terciaria.	58
Deterioro retardado.	58
Clasificación Del TCE	58
Marco Legal	60
Ley 1616 del 21 de Enero del 2013	60
Metodología	64
Diseño de Investigación	64
Población	64
Técnicas de Recolección de Información	64
Entrevista semi-estructurada.	64
Historia de vida.	65
Grupo focal.	65
Resultados	66
Análisis de Resultados	89
Discusión de Resultados	93
Conclusiones	98
Recomendaciones	100
Referencias	101
Apéndices	105
Apéndice A: Minimental	105

Apéndice B: Entrevista Semi-Estructurada	106
Apéndice C: Entrevista Grupo Focal	109

Lista de Tablas

Tabla 1. Matriz Grupo Focal	66
Tabla 2. Matriz Entrevista Semi-Estructurada	76
Tabla 3. Matriz Historia de Vida	84
Tabla 4. Matriz por Categorías	86
Tabla 5. Matriz Triangulación de Datos	87

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la importancia de la red de apoyo dentro de la recuperación de un paciente con traumatismo craneoencefálico mediante un estudio de caso, estableciendo premisas que permita a futuras familias un adecuado manejo desde el hogar, esta se realizó mediante el enfoque sistémico, que se define como un todo organizado compuesto de elementos que interaccionan de una manera determinada; así dentro de este enfoque se menciona la familia, y su importancia como red de apoyo para la recuperación de dicho traumatismo, las redes de apoyo son un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan real como duradero a un individuo o una familia; La investigación se hace mediante un estudio de caso, cualitativo de tipo descriptivo, con diseño transversal. Las técnicas implementadas para la recolección de datos, fueron la entrevista semi-estructurada, el grupo focal y la historia de vida. De esta forma se pudo concluir que la familia, según la teoría, los profesionales de la salud y el individuo, es importante el apoyo del cuidador primario para lograr una recuperación notoria a pacientes que han sufrido algún tipo de trauma.

Palabras clave: Familia, apoyo, trauma craneoencefálico, rehabilitación, recuperación, proceso terapéutico.

Abstract

The main objective of this research was to determine the importance of the support network within the recovery of a patient with head trauma through a case study, establishing premises that allow future families an adequate management from home, through the systemic approach, which is defined as an organized whole composed of elements that interact in a certain way; thus within this approach the family is mentioned, and its importance as a support network for the recovery of such trauma, the support networks are a group of people, family members, friends and other people, able to provide help and a support as real as lasting to an individual or a family; The research is done through a qualitative, descriptive case study with a transversal design. The

techniques implemented for data collection are the semi-structured interview, the focus group and the life history. In this way it was possible to conclude that the family, according to the theory, the health professionals, the family and the individual, it is important the support of the primary caregiver to achieve a notorious recovery to patients who have suffered some type of trauma.

Keywords: Family, support for, Cranioencephalic trauma, rehabilitation, Recovery, therapeutic process.

Introducción

La presente investigación se enfoca en un estudio de caso sobre la importancia que tienen las redes de apoyo en la recuperación de pacientes con trauma craneoencefálico, definido este como la ocurrencia de una lesión en la cabeza con la presencia de al menos uno de los siguientes elementos: alteración de la consciencia y/o amnesia debido al trauma; cambios neurológicos o neurofisiológicos, o diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneanas atribuibles al trauma; o la ocurrencia de muerte resultante del trauma que incluya los diagnósticos de lesión de la cabeza y /o injuria cerebral traumática entre las causas que produjeron la muerte (D, 2005).

Como consecuencia de un traumatismo la persona puede ser estar afectada por secuelas más o menos numerosas, ligeras o graves, pudiéndose manifestar bajo una o varias de las dimensiones, ya sea, física, cognitiva, emocional, familiar, social, laboral y/o escolar (Sociales, 2000).

El presente estudio se realizó con el interés de conocer de qué forma participa la familia en el proceso de recuperación de este tipo de pacientes, como influye su apoyo y que sucede cuando no se asume con compromiso la rehabilitación del paciente, esto con el fin de aportar desde la psicología la importancia de las redes de apoyo, en especial los cuidadores primarios; la condición de un cuidador se enmarca en circunstancias que le generan un gran impacto, con efectos determinados en sentimientos comunes, las redes de apoyo no solo están conformadas por dicha persona que asume el rol de cuidador, sino también por todas aquellos individuos que de una u otra forma participan en la recuperación del paciente, bien sean los terapeutas, enfermeras, familiares, amigos, o personas cercanas a dicho individuo.

Fue importante conocer la opinión de los diferentes profesionales de la salud, como lo son fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional y psicología, para analizar y discutir las posturas teóricas tomadas como referencia en la investigación.

Uno de los principales aportes a esta investigación se comprueba desde el área de la psicología; como evidencian las investigaciones recientes el Traumatismo Craneoencefálico no afecta solo el sujeto que lo padece, sino que altera también su entorno familiar. El soporte familiar tiene, de hecho, una gran influencia sobre la capacidad del paciente de ajustarse y recuperarse después de un Traumatismo

Craneoencefálico, además de representar un óptimo aliado para que las estrategias de afrontamiento aprendidas durante las intervenciones psicológicas sean mantenidas en el tiempo (Anson y Ponsford, 2006). Por esa razón, un enfoque psicoterapéutico como lo es de tipo Sistémico – Familiar pueden intervenir, no solo en relación a las secuelas cognitivas, emocionales y conductuales que el paciente presenta, sino también en reequilibrar su entorno familiar (Wiart et al., 2012), (Guarino, 2017).

Se toma como referencia este caso para la realización de dicha investigación puesto que cumple con todas las condiciones que se tuvieron en cuenta a la hora de evaluar la pertinencia del mismo. Se realiza de forma cualitativa, haciendo una descripción del caso y determinando la importancia que tuvo las redes de apoyo en la recuperación del individuo.

El proceso de investigación se lleva a cabo mediante tres fases, las cuales consistieron en, primero, revisión teórica del tema, segundo aplicación de técnicas para la recolección de datos con el individuo, los cuidadores primarios y los terapeutas; la tercera fase, consistió en la recolección, análisis y conclusión de resultados, cumpliendo con el objetivo principal el cual era determinar la importancia de la red de apoyo dentro de la recuperación de un paciente con traumatismo craneoencefálico mediante un estudio de caso, estableciendo premisas que permita a futuras familias un adecuado manejo desde el hogar.

Finalmente, gracias a la investigación realizada fue posible determinar la importancia de las redes de apoyo en la recuperación del paciente y se logró establecer que: es fundamental el seguimiento de las actividades o ejercicios establecidos por los terapeutas dentro de las sesiones en casa, pues incentiva y aumenta las posibilidades de una rehabilitación en un lapso de tiempo menor al del establecido; la familia, además de ser quienes satisfacen las necesidades básicas del individuo en el desarrollo, proporcionan valores, creencias, sentido de pertenencia, amor propio así como por los demás, son quienes generan un ambiente de apoyo, motivación e incluso sentimientos positivos frente a situaciones difíciles que pueda estar presentando la persona, por eso es necesario que se haga un debido acompañamiento y se estimule, no solo físicamente, sino emocionalmente al individuo que lo necesite; además, es necesario que se haga un seguimiento psicológico en la familia, pues así permite mantener la salud mental de

dichos integrantes generando estabilidad tanto en ellos como en el individuo que requiera los cuidados.

Problema

Planteamiento Del Problema

En los últimos años se han incrementado las ocurrencias de traumatismos craneoencefálicos (TCE) en Colombia, en donde se vienen presentando 200 casos por cada 100 mil habitantes, siendo la mayoría hombres en edades que oscilan entre los 12 y 45 años, (Universidad de la Sabana, 2017). De ellos, 70% logra recuperarse, 9% mueren antes de llegar al hospital, 6% fallece cuando están hospitalizados y 15% quedan con secuelas moderadas, graves y hasta en estado vegetativo, de acuerdo al estudio realizado por la Universidad de la Sabana, (Febrero, 2017); los casos que más se presentan de traumatismos craneoencefálicos se dan por accidentes de tránsito, según el informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2016), en donde se registra un 65.5% de politraumatismos, incluidos los TCE, debido a la causa anteriormente nombrada.

De acuerdo con lo anterior, se puede evidenciar que en la actualidad son los accidentes de tránsito los que están ocasionando en la población un mayor índice de lesiones tanto físicas como cognitivas, debido a los politraumatismos y traumas craneoencefálicos provocados, esto viene afectando gravemente a la población, generando dificultades en el desarrollo pleno de su vida diaria. Así mismo se ocasiona un desconcierto en los familiares, pues no logran generar al paciente una buena recuperación, no solo física mediante las terapias, sino emocional y cognitiva, mediante el apoyo y el amor familiar.

Si bien es cierto que los traumatismos craneoencefálicos son de considerable gravedad, existe un trasfondo más grave en el proceso de recuperación de estos pacientes y es el escaso acompañamiento de sus redes de apoyo, en especial la familiar, considerando que los parientes de una persona afectada por trauma craneoencefálico (TCE) sufren un fuerte impacto a nivel personal tras el accidente, a menudo, experimentan sentimientos de estrés, se ven afectados por la necesidad de afrontar el traumatismo inicial, los cambios físicos, neuropsicológicos y emocionales que se producen en el paciente después del trauma; a causa de esto, la recuperación del

paciente se hace más lenta e inclusive inconclusa, por el abandono de dicha red de apoyo en la rehabilitación.

Se conoce que debido a la gravedad de las lesiones producidas por un TCE la calidad de vida de ese paciente no es la mejor pues su funcionalidad se ve severamente afectada, como consecuencia de las secuelas tanto motoras como cognitivas que le quedan al individuo.

Ann Lovering define la calidad de vida como la experiencia y percepción subjetiva de la persona acerca de su propia vida, (Cáceres Rodríguez , Montoya Camargo , & Ruiz Hurtado , 2003).

A partir de ello, las primeras secuelas que se presentan son las motoras en las cuales se pueden presentar dificultades para el movimiento de las extremidades, bien sean superiores o inferiores, en algunos casos los pacientes pueden quedar con discapacidad física permanente, de igual forma pueden presentar dificultad a la hora de la escritura; a nivel cognitivo el aprendizaje, el lenguaje, la articulación de palabras o gestos, la comprensión, el reconocimiento, la lectura y la memoria pueden verse severamente afectadas, dependiendo de la complejidad del traumatismo, (Colombia *et al.*, 2003).

Toro y Yepes (1991), plantean que después de un evento traumático la persona inicia un proceso de duelo a través del cual puede elaborar los cambios en los diferentes ámbitos de su vida. Dichos cambios se ven relacionados con las redes de apoyo del paciente, de las cuales se conocen la familia, los amigos, el trabajo y la pareja sentimental.

Investigaciones como las de Notel (2000), Bay, Hagerty y Cols (2002) resalta la importancia del ámbito social, en donde se pueden presentar distintas dificultades, ya sea a nivel familiar, laboral, de pareja o con sus pares; sin embargo la capacidad de afrontamiento, la flexibilidad ante las diversas necesidades y situaciones de estrés, pueden generar inconvenientes en su salud física como en la emocional (Elliott y Shewchuk ,2003).

El área laboral, es importante para todo ser humano pues permite la satisfacción de las necesidades de seguridad, autoestima y autorrealización enmarcadas en la pirámide de Maslow; como consecuencia del traumatismo, esta se puede ver afectada, a

tal punto que el individuo puede perder su empleo debido a las incapacidades o dificultades que pueda presentar para desarrollar el cargo que anteriormente ocupaba (Peiró y Prieto, 1996)

En las relaciones interpersonales, especialmente en la relación de pareja, se debe tener en cuenta el estado emocional en que se encontraban, además de todas las características que han primado en la relación, bien sean físicas, intelectuales, afectivas, además del desarrollo sexual de la pareja, debido a que el individuo puede presentar una disminución o pérdida de su actividad sexual, de su atractivo físico, incluso intelectual, además de sus repentinos cambios de personalidad, todo esto en consecuencia a su lesión (Quintard, Croze, & cols., 2002)

Por último, a nivel social, con los cuales ha formado sus vínculos de ocio y grupos de relaciones interpersonales, se ven seriamente afectados, puesto que el paciente después de un TCE puede presentar una indiferencia hacia las normas sociales, dificultad para el mantenimiento de esas relaciones ya establecidas, y para establecer nuevos vínculos sociales, (ISS, 1998).

Descripción Del Problema

Las redes de apoyo son cruciales para el proceso de recuperación de una persona que haya sufrido algún tipo de accidente, pues representan una gran parte de la rehabilitación, puesto que el acompañamiento terapéutico y psicológico, beneficiarían a la mejoría de un traumatismo en un porcentaje considerable.

Es necesario resaltar el valor que posee la pareja sentimental, entiéndase como relación de pareja a aquellas relaciones profundas que se dan libremente entre hombre y mujer, basadas en el amor, con una intención de permanencia en el tiempo, (Fernández Jiménez , 1999).

Las relaciones de pareja son, junto con la familia, uno de los aspectos más importantes para el bienestar y la felicidad de las personas (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2010). Las relaciones de pareja producen una mayor salud física y mental (Du Bois et al., 2016), (Garrido Macías , Valor Segura , & Expósito , 2017).

Según lo citado anteriormente, en el siguiente caso a describir, se genera una red de apoyo familiar vital para la recuperación y rehabilitación de un paciente que sufrió un traumatismo craneoencefálico severo, siendo el pronóstico de vida desalentador.

Por consiguiente se quiere generar una investigación de profundidad con un paciente que sufrió un TCE severo, por el cual pierde la memoria, las capacidades cognitivas, las capacidades motoras y el desarrollo funcional pleno. La investigación se llevará a cabo en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, con un paciente de 48 años de edad, que hace aproximadamente 22 años, sufre un accidente de tránsito ocasionándole diversas contusiones a nivel interno y externo; debido a la gravedad del impacto, el individuo entra en estado de coma por un lapsus de 12 días, se le realizan cuatro cirugías, en la primera le hacen un secado craneal de los coágulos de sangre, después de esto sufre una convulsión lo cual ocasiona una hemiparálisis derecha. En la segunda cirugía, le extraen la tapa frontoparietal del cráneo, debido a que el encéfalo sufre una inflamación, la cual impide la oxigenación al resto del cerebro, después de aproximadamente ocho días de esta cirugía, le hacen un injerto de piel de un miembro inferior en su lóbulo frontoparietal izquierdo, generando así una protección a su encéfalo, debido a que la tapa craneal permanece en cámara fría aproximadamente por tres meses. El paciente dura cuarenta días en UCI, en el Hospital Universitario Erasmo

Meoz, siendo su pronóstico reservado; A mediados de marzo de 1996 se le ordena la salida, con cuidados especiales, la entrega a sus familiares se hace por parte del equipo médico que lo atendía, el paciente sale en condiciones de invalidez, con trastorno del lenguaje, pérdida de la audición, con amnesia postraumática y prosopagnosia. Vuelve a ingresar luego de un mes al hospital, para realizarle cirugía de corrección ósea parietal y frontal izquierda; sin embargo, el paciente continúa con trastornos del lenguaje.

Se le ordena reposo por más de dos meses; a la finalización de este reposo, inicia las terapias físicas, psicológicas y del lenguaje, con una intensidad de cuatro horas diarias, con una duración de aproximadamente un año, en donde la evolución del paciente era satisfactoria.

Se toma como referencia este tipo de caso para el enriquecimiento profesional debido al aporte psicológico que realiza la familia en la recuperación de este tipo de lesión.

Formulación Del Problema

Teniendo en cuenta las diferentes afectaciones ocasionadas por un traumatismo craneoencefálico, nombradas anteriormente, la pregunta que orienta la siguiente investigación es: ¿De qué forma influyen las redes de apoyo primarias en la recuperación de un paciente con traumatismo craneoencefálico?

Justificación

Uno de los grandes retos tanto para la Medicina como para la Psicología es integrar sus conocimientos en pro del mejoramiento de la calidad de vida de las personas, teniendo en cuenta la relación existente entre enfermedad física y aspectos psicológicos, los cuales involucran no sólo a un individuo sino a su entorno familiar, incluso social. Uno de estos casos es precisamente el Trauma Craneoencefálico, que representa un tema de interés médico y social de primer orden por su alta incidencia a nivel nacional y mundial al comprometer diversas áreas o funciones cerebrales que afectan abruptamente no sólo la vida del individuo sino también su entorno, (Cáceres Rodríguez , Montoya Camargo , & Ruiz Hurtado , 2003).

La prevalencia de accidentes de tránsito así como de otro tipo de accidentes, han incrementado, con ello las lesiones a nivel cerebral, las cuales según el grado de complejidad, afectan la capacidad cognitiva y/o motora, incurriendo en el desarrollo funcional de la persona. Dándose como una problemática que se evidencia frecuentemente; se desea proporcionar una base investigativa asequible y entendible tanto para profesionales como personas del común, que genere ya sea un aporte profesional, así como un aporte para las familias en cuanto a la recuperación no solo motora del paciente, sino cognitiva, es decir a nivel psicológico, debido a que se pueden presentar “sentimientos de frustración, desesperanza y baja autoestima, con ello comportamientos hostiles, disruptivos, agresivos; aparecen además mecanismos de defensa tales como la negación, el desplazamiento o la proyección, todo esto se puede presentar de acuerdo al juicio subjetivo del paciente y de cómo percibe la situación”, (Hicken, Putzke y col., 2002).

A partir de lo anteriormente mencionado se hace necesario hablar de Calidad de Vida (CV), la cual, así como muchos aspectos físicos y psicológicos de estas personas también se ve afectada, de esta forma, el concepto de CV ha sido abordado desde diversas perspectivas que van desde su estudio como indicador de desarrollo de la población, como medio o fin para lograr bienestar comunitario o como factor para determinar el impacto de situaciones particulares, relacionadas con una condición de salud (Henao & Gil, 2009).

El Ministerio de la Protección Social de Colombia para la formulación de la política pública, asume la CV como la “percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en las dimensiones individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales” (República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2007, p. 8), (González Alexander , Giraldo Cardozo , Ramírez Cardona , & Quijano Martínez, 2012).

De acuerdo a lo citado, es indispensable mencionar que en la recuperación de dichos factores afectados por el Traumatismo Craneoencefálico, juega un papel importante las redes de apoyo y las estrategias que cada una de ellas implemente.

Las redes de apoyo son “un grupo de personas, miembros de la familia, amigos u otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan real como duradero a un individuo o una familia” (Speck, 1989), (Guerra, 2016).

De acuerdo a esto el presente trabajo tiene como finalidad determinar el impacto que genera el acompañamiento psicológico, abarcando un conjunto de factores como el apoyo, la motivación, la amistad, el amor, la paciencia, entre otras, dentro del desarrollo de una vida funcional en pacientes que han sufrido un trauma craneoencefálico; a su vez citar un referente de estudio de este tipo de casos para el desarrollo de futuras investigaciones, que aporten beneficios para la población ya mencionada.

Objetivos

General

- Determinar la importancia de la red de apoyo dentro de la recuperación de un paciente con traumatismo craneoencefálico mediante un estudio de caso, estableciendo premisas que permita a futuras familias un adecuado manejo desde el hogar.

Específicos

- Explorar la influencia de la red de apoyo primaria en un proceso de recuperación de un TCE mediante una entrevista semi-estructurada que permita la visualización de los cambios generados a causa de las secuelas del accidente.
- Analizar la participación de la familia dentro del proceso de recuperación de un trauma, reconociendo la importancia de su rol en la evolución del individuo a partir de un grupo focal.
- Describir la relevancia que tienen las redes de apoyo en la recuperación de un paciente con traumatismo craneoencefálico, a partir de una historia de vida.

Estado Del Arte

El trauma craneoencefálico, (TCE), debido a su importancia ha sido estudiado en muchos países, sin embargo, la mayoría de estudios se encaminan por la incidencia, prevalencia y consecuencias a corto y largo plazo de los pacientes, además del manejo que se les brinda dentro de los hospitales.

Local

Percepción De Los Familiares De Pacientes Críticos Hospitalizados Respecto A La Comunicación Y Apoyo Emocional, Luz Marina Bautista Rodríguez, María Fernanda Arias Velandia, Zury Ornella Carreño Leiva, 2016; La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, la complejidad en los servicios de unidad de cuidados intensivos, generan en el núcleo familiar crisis emocional situacional manifestada en angustia y estrés. Objetivo: Evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo de una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 200 familiares; para la recolección de la información se utilizó el instrumento: (Percepción de los Familiares de los Pacientes Críticos), respecto a la intervención de Enfermería durante su Crisis Situacional. Resultados: La percepción global de los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva. Discusión: Los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico, donde el cuidado brindado estuvo caracterizado por comportamientos como: la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto. Conclusiones: Humanizar la unidad de cuidado intensivo permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente a los servicios de hospitalización crítica, (Bautista Rodríguez, Arias Velandia, & Carreño Leiva, 2016).

Trauma Craneoencefálico En Cúcuta: Experiencia De Los Accidentes De Tránsito En La E.S.E Huem, Junio De 2013 A Junio De 2014, Claudio Leandro Grimaldo, William Daniel Amaya, Nelson Yasid Chinchilla, Rafael Iván Neira, German Wilches, 2016; El objetivo es caracterizar con variables de persona, lugar y tiempo, el comportamiento epidemiológico de los casos con TCE ocurridos en accidentes de tránsito en la ciudad de Cúcuta, admitidos en el Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM). Es un estudio transversal observacional descriptivo. Recolección sistemática de datos extraídos de 180 historias clínicas conservadas en archivo central de la E.S.E. HUEM con impresión diagnóstica de Trauma Craneoencefálico (TCE) secundario a accidente de tránsito. Se analizaron las características epidemiológicas de 64 historias clínicas de pacientes admitidos con diagnóstico de TCE secundario a accidente de tránsito. La jornada de ingreso al servicio de urgencias que predominó fue durante el turno de la noche (19:00 - 06:59 horas) con un 45.31%. La distribución según condición de transitoriedad fue: motocicleta (53.13 %), peatones (34.38 %), vehículo automotor (10.94%), ciclistas (1.55%); El porcentaje de casos de TCE ocurrido en accidente de tránsito de acuerdo al lugar que ocupaba en el momento del evento fue del 39,06% si este iba en calidad de conductor, 26,56% si era pasajero y el 34,38% si era peatón. Según la escala de Glasgow de ingreso el 73.44% presentó un trauma leve, 18.75% moderado y 7.81% severo. El promedio de estancia hospitalaria fue de 4.89 días. El porcentaje de pacientes que fallecieron fue de 3,13%, (Grimaldo , Amaya , Chinchilla, Neira, & Wilches, 2016).

Regional

Afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE), Alix Zoraida Bohórquez de Figueroa, Juan Carlos Espinosa Narváez, Jessica Julieth Turizo Castillejo, Lorena Guampe Bayona, 2012; La presente investigación buscó conocer las diferentes estrategias de afrontamiento empleadas por las familias frente a las secuelas generadas en los pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE) en el segundo semestre de 2010; para esto se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, aplicado a una muestra de 15 cuidadores principales de pacientes que sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE).

El método utilizado para la recolección de la información fue la entrevista a profundidad, manejando como instrumento de ayuda la grabadora de voz y las notas de campo. El análisis utilizado fue de contenido tomando como referencia las etapas de afrontamiento familiar desorganización, recuperación, reorganización. La familia es el agente principal de la recuperación prolongada de la persona lesionada y las adaptaciones a la discapacidad. La relación de consanguinidad encontrada en la mayor parte de los cuidadores fue (madre - hijo). Las estrategias más utilizadas por los cuidadores fueron: aceptación de la responsabilidad, independencia y vida personal, tensión emocional familiar, autocontrol y reevaluación positiva, (Bohórquez de Figueroa, Espinosa Narváez , Turizo Castillejo, & Guampe Bayona, Julio 2012).

Nacional

En los últimos tres años se han presentado diversas cifras de accidentalidad vial, las cuales presentan un incremento en las tasas de mortalidad y lesiones de consideración; En el 2014 al Instituto Nacional de Medicina Legal fueron reportados 50.574 casos atendidos por accidentes de transporte durante el año; las lesiones fatales corresponden a 6.402 personas fallecidas (12,66%) y las lesiones no fatales ascienden a 44.172 personas lesionadas (87,34%), (INMLCF, 2015).

En 2015, al Instituto Nacional de Medicina Legal fueron reportados 52.690 casos atendidos por accidentes de transporte; las lesiones fatales corresponden a un total de 6.884 personas fallecidas (13,07%) y las lesiones no fatales reportan un total de 45.806 personas lesionadas (86,93%), (Vargas Castillo, 2013)

En 2016, al Instituto Nacional de Medicina Legal fueron reportados 52.536 casos atendidos por accidentes de transporte; las lesiones fatales corresponden a un total de 7.280 personas fallecidas (13,86 %) y las lesiones no fatales reportan un total de 45.256 personas lesionadas (86,14 %), (Forenses, 2017).

En la investigación Intervención Psicosocial Para El Incremento De La Calidad De Vida En Pacientes Con Trauma Craneoencefálico Moderado A Severo, Cáceres Rodríguez , Montoya Camargo , & Ruiz Hurtado , 2003 se evaluó la eficacia de un programa de intervención psicosocial en el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con Trauma Craneoencefálico (TCE) Moderado a Severo. Los sujetos fueron 5

hombres entre los 18 y 33 años, diagnosticados con TCE moderado a severo, con diferente escolaridad, sin antecedentes neurológicos y/o psiquiátricos previos y sin compromiso neuropsicológico que impidiera la intervención psicológica. Se utilizaron como instrumentos: el Minimental para descartar alteraciones neuropsicológicas, el test de HADS para medir ansiedad y depresión y un cuestionario de calidad de vida. La intervención psicosocial se hizo de manera individual y familiar teniendo en cuenta los aspectos psicológicos y sociales.

Los resultados obtenidos muestran que una intervención psico-social global es eficaz en el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con TCE de moderado a severo. Igualmente se encontró, en el análisis de cada uno de los aspectos de manera individual, diferencias significativas antes y después de la intervención en los aspectos psicológicos y social familiar. En menor medida hubo cambios en los aspectos sociales de pareja y de pares y en el aspecto social laboral, (Cáceres Rodríguez , Montoya Camargo , & Ruiz Hurtado , 2003).

Internacional

En un estudio publicado en la revista chilena de Neuropsicología se encontró que el traumatismo craneoencefálico es en la actualidad una de las principales causas de incapacidad en la población joven, debido a que las alteraciones físicas y/o cognitivas, ocasionadas por la lesión, limitan el desempeño en actividades laborales, académicas y sociales de la persona afectada. Las secuelas cognitivas de tipo atencional y mnésico interfieren en actividades de la vida diaria y requieren intervención a través de un programa de rehabilitación cognitiva. Caso clínico: paciente de sexo masculino, 24 años de edad, 11 años de escolaridad, sufre traumatismo craneoencefálico severo. Transcurrido el período agudo, al alta, presentó múltiples alteraciones cognitivas, con compromiso en las actividades cotidianas. Se planea e inicia programa de rehabilitación para déficit neuropsicológicos, utilizando estrategias de restitución y sustitución. La intervención se realiza por un año, tres sesiones por semana. Se realizó seguimiento neurológico y neuropsicológico antes, durante y después; se observó mejoría en los procesos cognitivos y en la funcionalidad del paciente durante la rehabilitación. Conclusiones: la rehabilitación cognitiva es actualmente una herramienta terapéutica útil

en el tratamiento del paciente con lesión cerebral, ya que puede ser efectiva más allá de la recuperación espontánea, en tanto mejorara procesos cognitivos y dificultades en actividades diarias secundarias a daño cerebral traumático, (Henaó et al., 2009).

El artículo repercusión social en la persona con traumatismo craneoencefálico publicado en México habla del enfoque social de una lesión cerebral por traumatismo craneoencefálico, de primera instancia, tiene que ver con la adquisición de una discapacidad que tendrá un impacto importante sobre la función social de quién lo padece.

Incluye los aspectos de percepción y manejo del trauma craneoencefálico, el cual se manifiesta por deterioro físico o funcional con daño neuropsicológico, la presencia de lesiones primarias y lesiones secundarias denominadas insultos extra neurológicos interfieren en la atención, la memoria, las funciones frontales, la emoción y la conducta. La valoración neuropsicológica posterior al traumatismo craneoencefálico se enfoca al deterioro intelectual, la movilidad voluntaria y el nivel de conciencia, (Antigua, 2017).

En Cuba durante cinco años, se estudiaron 6 548 pacientes que asistieron al cuerpo de guardia del Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto”, con diagnóstico de traumatismo craneoencefálico, independientemente de su gravedad y de la existencia de lesiones múltiples asociadas. De estos, el 19,62 % correspondió a niños. La causa más frecuente fue el accidente del tránsito. Predominó el traumatismo craneoencefálico ligero y solo 383 pacientes se clasificaron entre moderado y severo. El 18,35 % de los casos requirió ingreso hospitalario y el 4,54 % demandó algún tipo de intervención quirúrgica de urgencia. En los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave se obtuvo una mortalidad del 42 %, y en los enfermos operados del 27,61 %. La complicación más frecuente fue la sepsis respiratoria. Se obtuvo buenos resultados en el 47,71 % de los casos con traumatismo craneoencefálico severo y de forma general en el 98,41 % de los pacientes estudiados, (Cordero et al., 2006)

En Badalona, España, se implementó un programa el cuál buscaba validar clínicamente los servicios de rehabilitación cognitiva a través de sistemas de telemedicina (plataforma PREVIRNEC) en personas con traumatismo craneoencefálico (TCE) moderado o grave. Se realizó a ochenta pacientes con TCE moderado o grave; edad media: 36 años (DE=18,19 años); puntuación media en la Glasgow Coma Scale:

6,8 (DE= 3,6). La duración del tratamiento rehabilitador fue 50 sesiones durante 10 semanas. Se valoró la posible mejora cognitiva mediante las diferencias entre las puntuaciones en la exploración neuropsicológica pre y post-tratamiento. Tras finalizar el tratamiento se evaluó la competencia cotidiana del paciente con el Patient Competency Rating Scale (PCRS), (A et al., 2010).

Marco Teórico

Capítulo I. Psicología Clínica

La APA define la psicología clínica como una profesión que utiliza los principios, teorías y modelos derivados de la psicología para entender, explicar e intervenir los problemas emocionales, psicológicos y conductuales de la persona.

Dentro de las actividades que se realizan en este campo, se encuentran la investigación, la evaluación, el diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación, promoción y prevención de los aspectos que afectan al ser humano. El psicólogo clínico en su contexto real de trabajo requiere de la interacción con otros profesionales, de la aplicación de principios éticos, la integralidad y la actualización permanente para garantizar un trabajo que contribuya a la obtención de óptimos resultados. (COLPSIC, 2014) (Rodríguez, 2015), (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2018).

Si bien es cierto que el COLPSI es la entidad encargada de regular, verificar y puntualizar las funciones de los psicólogos dentro de Colombia, también existen otras fuentes las cuales hacen su debida definición y argumentación frente a la psicología clínica.

Esta rama de la psicología es una de las áreas profesionales más dinámicas por sus diferentes ámbitos de desempeño, que la han llevado a relacionarse con disciplinas y profesiones tales como la psiquiatría, la reeducación, el derecho, la neurociencia y la psicopatología. Si bien para autores como Peña (2005), los psicólogos clínicos se dedican al diagnóstico y el tratamiento psicológico, otros como Resnick (1991) resaltan que éstos además de estas actividades puramente profesionales, se dedican a otras como la consultoría, la enseñanza y la investigación. Siguiendo a Trull y Phares (2003), se puede plantear que los psicólogos en el campo clínico se dedican a las siguientes actividades:

1. El diagnóstico y la evaluación psicológica, por medio de las cuales observan, cuantifican y caracterizan las capacidades, los problemas y las limitaciones psicológicas y sociales de los consultantes.

2. La intervención, mediante la planificación y ejecución de programas de terapia individual o grupal, derivados de principios teóricos propios de la psicología,

donde el terapeuta y el consultante establecen objetivos tendientes a mejorar la calidad de vida de este último.

3. La consulta, ofreciendo asesoría a diferentes tipos de organizaciones.

4. La enseñanza y la investigación, desempeñándose en universidades a través de cursos sobre técnicas de entrevista, pruebas psicológicas, personalidad, psicoterapia o de introducción a la psicología clínica, realizando actividades de supervisión de las prácticas de estudiantes de pregrado o postgrado y participando en proyectos de investigación en algunos de los campos teóricos o aplicados de la disciplina.

5. La administración, ocupando cargos directivos en universidades, en instituciones sanitarias o gubernamentales o participando en comités administrativos.

Además de estos múltiples roles, la psicología clínica presenta diferentes orientaciones que evidencian distintas visiones sobre el comportamiento desadaptativo o anormal y su evaluación y tratamiento. Dentro de éstos se pueden resaltar la perspectiva psicodinámica, el enfoque humanista, la orientación sistémica y la terapia cognitivo conductual (Nietzel, Bernstein & Milich, 1998). Ante esta diversidad de enfoques que da lugar a diferentes técnicas de intervención, en los últimos años se ha resaltado la necesidad de sustentar empíricamente los tratamientos, con el fin de que los usuarios reciban una atención de mejor calidad, mejore la confianza del público en la psicoterapia y se incremente el posicionamiento de la disciplina y la profesión psicológicas, (Londoño & Valencia, 2005), (Rey Anacona, Martínez Gómez, & Guerrero Rodríguez, 2009).

Enfoque Sistémico

El proceso de desarrollo del ser humano, al igual que ocurre en cualquier otro organismo vivo, se enmarca en una serie de sistemas relacionados unos con otros, que son distintos escenarios de interacción con el ambiente. Esta cuestión, esencial en la biología, ha sido tenida en cuenta por Bronfenbrenner (1987), quien la ha aplicado al sistema familiar, considerando que la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción. Dado que para este autor el entorno es algo que trasciende la situación inmediata y afecta directamente a la persona en desarrollo, adoptó la terminología de “modelo ecológico” que se concibe como una disposición seriada de estructuras concéntricas inclusivas, en la cual cada una

de las estructuras se encuentra inmersa en la siguiente. Estas ideas no son análogas al modelo de familia como categoría sistemática en la biología, ni tampoco al concepto de población en la ciencia ecológica. No obstante, para el estudio de las relaciones familiares desde el campo de la psicología, el modelo ecológico aporta unas bases importantes que nos permiten ver distintas maneras con las que una persona se relaciona con el entorno, (Espinal I. Gimeno A. Gonzales F., 2006).

La Teoría General de Sistemas fue concebida por Ludwig von Bertalanffy en la década de 1940 con el fin de proporcionar un marco teórico y práctico a las ciencias naturales y sociales. La teoría de Bertalanffy supuso un salto de nivel lógico en el pensamiento y la forma de mirar la realidad que influyó en la psicología y en la construcción de la nueva teoría sobre la comunicación humana. Mientras el mecanicismo veía el mundo seccionado en partes cada vez más pequeñas, el modelo de los sistemas descubrió una forma holística de observación que desveló fenómenos nuevos (que siempre estuvieron ahí pero se desconocían) y estructuras de inimaginable complejidad, (EU, 2016).

El enfoque sistémico se basa principalmente en entender que los sistemas tienen propiedades distintas a la simple suma de sus componentes. El modelo sistémico pasa del estudio del individuo aislado al estudio del sistema y las relaciones entre sus elementos que lo conforman, (AnimaTEA, 2015).

Según Bertalanffy (1954), creador de la Teoría General de Sistemas, los sistemas pueden ser abiertos o cerrados (según si intercambian o no energía, materia o información con su entorno), funcionan como un todo (el cambio en un elemento afecta a los demás), presentan la propiedad de circularidad (debido a la interconexión entre los elementos, la causalidad es circular en vez de lineal) y la equifinalidad (una misma causa puede tener diferentes efectos), (AnimaTEA, 2015).

Otra teoría que complementa a la Teoría General de Sistemas es la Cibernética (Wiener, 1948), la cual nos habla de la estabilidad y los procesos de cambio que suceden en un sistema por retroalimentación, mediante mecanismos de feedback positivo que favorece unos comportamientos determinados y de feedback negativo que

los corrige. Un ejemplo clásico es el del termostato de una calefacción, el cual la apaga o enciende dependiendo de la temperatura del ambiente con el objetivo de mantener una temperatura más o menos estable dentro de unos límites determinados, (AnimaTEA, 2015).

Para Von Foerster, hay dos tipos de cibernética: de primer orden (en la que se habla de estabilidad y cambio dentro del sistema) y de segundo orden o de los sistemas observantes (en el que el acto de observar un sistema influiría en el sistema observado). La cibernética de segundo orden influye en las teorías sistémicas en tanto que es muy difícil evaluar, observar o intervenir en un sistema sin influir en este, (AnimaTEA, 2015).

Definición de sistema.

Un Sistema es un conjunto de elementos en interacción; ordenadores, bandada de patos, cerebro, etcétera. En el caso de sistemas humanos (familia, empresa, pareja, etcétera) el sistema puede definirse como un conjunto de individuos con historia, mitos y reglas, que persiguen un fin común; por lo tanto todo sistema se compone de un aspecto estructural (límites, elementos, red de comunicaciones e informaciones) y un aspecto funcional, (EU, 2016).

Un sistema es un todo organizado compuesto de elementos que interaccionan de una manera determinada. La perspectiva sistémica tiene muchas aplicaciones en diversos campos de la ciencia como son las matemáticas, la biología, la física, la química, la educación, la sociología o la psicología entre otros.

Niveles.

Según el enfoque general que adoptemos podemos encontrar sistemas dentro de sistemas más amplios o generales, los cuales influyen a los que los forman. Bronfenbrenner (1979) plantea la Teoría Ecológica de Sistemas, en la que afirma la existencia de múltiples sistemas que afectan directamente el desarrollo de la persona durante la vida. Los sistemas que envuelven al individuo son el Microsistema (entorno

inmediato como la familia y el hogar), el Mesosistema (relaciones entre microsistemas, como los padres y los profesores), el Exosistema (más extenso, como los recursos del barrio, la localidad o la ciudad) y el Macrosistema (los valores culturales y políticos de la sociedad). Además, la familia puede ser descompuesta en distintos subsistemas como son el parental (padre-hijo), el conyugal (padres) y el fraternal (hermanos), (AnimaTEA, 2015). Existen niveles de complejidad dentro de la teoría de sistemas, los cuales son: Sistema, totalidad coherente, por ejemplo una familia; Suprasistema, medio que rodea al sistema; amigos, vecindad, familia extensa; Subsistemas, los componentes del sistema; individuos.

Principios de la teoría general de sistemas.

Totalidad: El sistema trasciende las características individuales de sus miembros; Entropía: Los sistemas tienden a conservar su identidad; Sinergia: Todo cambio en alguna de las partes afecta a todas las demás y en ocasiones al sistema; Finalidad: los sistemas comparten metas comunes; Equifinalidad: Las modificaciones del sistema son independientes de las condiciones iniciales; Equipotencialidad: Permite a las partes restantes asumir las funciones de las partes extinguidas; Retroalimentación: Los sistemas mantienen un constante intercambio de información; Homeostasis: Todo sistema viviente se puede definir por su tendencia a mantenerse estable; Morfogénesis: Todo sistema también se define por su tendencia al cambio.

Tipos de sistemas.

Sistemas abiertos: Mantienen unas fronteras abiertas con el mundo (el resto de sistemas) con los que comparten intercambios de energía e información.

Sistemas cerrados Hay muy poco intercambio de energía e información con el medio más amplio en que viven, (EU, 2016).

La familia como sistema.

Los desarrollos más actuales en relación a entender y tratar a la familia como sistema los encontramos en la Terapia Familiar Sistémica. La Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967) resulta de gran ayuda a la hora de conceptualizar el funcionamiento a nivel pragmático de la familia. Los conceptos principales son: la imposibilidad de no comunicar (toda conducta es información para los demás, incluso la no acción), los niveles digital y analógico de un mismo mensaje (todo mensaje tiene un contenido, o nivel digital, que se interpreta según el tipo de relación, o nivel analógico, que se establece entre el emisor y el receptor), la puntuación de secuencias circulares (el punto en que cada persona considera que se da la causa de una secuencia que, en realidad, no tiene una causa ni efecto determinados) y la simetría o complementariedad de las relaciones (basadas en la igualdad o basadas en la diferencia, como la relación profesor-alumno o jefe-empleado).

A partir de la Teoría General de Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Comunicación se desarrollan diferentes escuelas de Terapia Familiar Sistémica con distintos enfoques de análisis y diversas aproximaciones de intervención. Entre las más destacadas están la escuela Estructural (Minuchin, 1974) basada en los límites entre los miembros del sistema familiar y sus funciones, la escuela Estratégica (Haley, 1980) que trata las problemáticas relacionadas con el ciclo vital familiar y la escuela Estratégica-Comunicacional (con Watzlawick como máximo representante) basada en el análisis de las secuencias sintomáticas y de las soluciones que mantienen los problemas. La escuela de Milán (ver, por ejemplo, Selvini Palazzoli, M., et al., 1975) también es muy conocida, mayormente por sus procedimientos y técnicas empleadas. Otras formas de intervención sistémica derivadas de las anteriores son la Terapia Centrada en Soluciones (con Steve de Shazer como autor y desarrollador) y la Terapia Breve Estratégica (de Watzlawick y Nardone).

La persona como sistema.

En la psicología del desarrollo cobra cada vez más fuerza la Teoría de los Sistemas Dinámicos (ver, por ejemplo, Thelen, E. y Smith, L. B., 1994 o van Geert, P. y Steenbeek, H., 2005) para explicar cómo se produce el desarrollo en los niños sobre todo en relación al lenguaje y las habilidades motoras. Se puede considerar a la persona como un sistema compuesto por diferentes elementos que trabajan conjuntamente como una unidad. Desde este punto de vista sistémico no cabe la clásica distinción entre conducta, pensamiento y emoción.

La intervención sistémica.

Desde el punto de vista sistémico es muy importante trabajar atendiendo, en la medida de lo posible, a todos los sistemas involucrados en la vida de la persona. La prioridad está en la intervención en el sistema más cercano y estable en la vida del individuo y este acostumbra a ser el familiar. Aunque la Terapia Familiar se ha realizado clásicamente en contextos clínicos se piensa que es muy importante poder llevar la intervención al contexto natural de la persona, sobre todo cuando se interviene en niños o menores. El modelo de intervención sistémico nos insta a evaluar y trabajar de manera global, pensando que la “causa” de los problemas no es la persona aislada o, por lo menos, entender que los factores de mantenimiento de un problema se encuentran en las relaciones del sistema y no en su origen. Con esto queremos decir que no nos interesan tanto las causas (sean genéticas, biológicas, sociales) sino el mantenimiento de los problemas referidos al comportamiento relacional de los individuos en la actualidad. El uso de un modelo de intervención centrado en la familia (ver, por ejemplo, Dunst, C. J. et al., 1991) en contexto natural junto con un componente psicoeducativo adecuado a la gravedad del problema se puede considerar como la intervención más adecuada en la mayoría de trastornos y distintas problemáticas, sobre todo en atención temprana. A parte de la intervención en la familia esta se debe expandir hacia otros niveles como son la familia extensa, los profesores, otros profesionales e, incluso, la sociedad en general. Por esto es tan

importante el trabajo de formación tanto práctica como teórica y de concienciación, por ejemplo en los TEA, que se realiza a la población general, (AnimaTEA, 2015).

Capítulo II. Redes De Apoyo

La importancia de la familia en el desarrollo.

La familia se entiende como la unidad más básica de la sociedad, y en ella, se genera el desarrollo de valores, objetivos de vida e identidades, que permiten la adaptación del individuo a la sociedad. En esta unidad, se reconoce el establecimiento de vínculos con las demás esferas de socialización de los individuos, como en lo político, social, económico y cultural, esto es, tiene un papel de mediadora entre los individuos que la conforman y la sociedad (ICBF-OIM, 2008, p. 21). La literatura señala la complejidad y diversidad de “definiciones” de familia, logrando un consenso general que consiste en reconocer su carácter dinámico, cambiante, que se afecta por los entornos en que se inserta, y a su vez, modifica éstos por las propias dinámicas familiares.

Hablar de familia, implica no sólo hacer referencia a las necesidades materiales que requieren o a las implicaciones que sobre ella tiene el comportamiento demográfico, los indicadores de mortalidad, fecundidad, esperanza de vida al nacer y de transición demográfica (ICBF, 2012), que cambian la estructura de la familia, sino además, de los roles que allí se instalan y practican, de las estrategias para afrontar cambios y crisis, de las relaciones, vínculos y solidaridades que allí se (re)crean en contextos históricos, sociales y culturales determinados, ente otras, (Familiar, 2013).

En síntesis, y como lo plantea el lineamiento técnico para la inclusión y atención de Familias del ICBF (2008), “la familia es una unidad ecosistémica de supervivencia y de construcción de solidaridades de destino, a través de los rituales cotidianos, los mitos y las ideas acerca de la vida, en el interjuego de los ciclos evolutivos de todos los miembros de la familia en su contexto sociocultural” (p. 66). Es ecosistémica, por los vínculos que allí se establecen y que superan la consanguinidad, y como se mencionó, abarcan los ámbitos sociopolítico, cultural y económico, donde surgen además, nuevas relaciones y significados de las mismas; se habla de ciclos evolutivos, porque es

permanentemente cambiante, y porque está sujeta a incertidumbre, cambios, interdependencias, etc., lo cual implica además, la capacidad de adaptación al medio así como de los roles que asumen sus miembros (ICBF-OIM, 2008, pp. 66.73), (Familiar, 2013).

Si bien es cierto que la familia es la unidad básica para el desarrollo de la persona, de la misma forma lo es para el crecimiento tanto a nivel social, como laboral e individual; en cada una de estas dimensiones cumple un papel fundamental para la estructura a la cual pertenece, en este caso, la familia y su función afectiva dentro de la misma.

De acuerdo a lo anterior es importante resaltar que cada individuo tiene la capacidad de generar estrategias de afrontamiento de acuerdo a las situaciones que el entorno le pueda presentar; estas estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento, (Macías , Madariaga Orozco, Valle Amarís, & Zambrano, 2013).

El afrontamiento familiar se expresa entonces como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios (McCubbin, Thompson & McCubbin, 1996; Louro, 2005). Las estrategias de afrontamiento en familias no se crean en un solo instante, se modifican en el tiempo (Galindo & Milena, 2003); además, Lazarus y Folkman (1984) mencionaron que no hay un estilo único de afrontamiento, sino que se emplean diferentes estrategias dependiendo de las demandas que surgen a lo largo del proceso, (Macías , Madariaga Orozco, Valle Amarís, & Zambrano, 2013).

Cuidadores.

Qué es un cuidador.

Un enfermo crónico necesita a una persona que le acompañe en sus labores y le brinde asistencia básica en todo momento; este es denominado cuidador. En su mayoría, posee un vínculo familiar, un lazo afectivo de compromiso, es quien se apropia de la

responsabilidad del cuidado, participando, asumiendo decisiones y conductas acerca de la persona cuidada. Pinto y Sánchez (2002) describen como resultado de sus investigaciones que un cuidador es el miembro de una familia o grupo social que asume la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo.

Es quien representa una solución ante la necesidad de atender a la persona enferma, sin que se haya llegado, en muchos casos, a acuerdo explícito entre los miembros de la familia.

El cuidador tiene que modificar su vida para asumir tareas especiales, generando con frecuencia sobrecargas, preocupaciones y estrés, dados por la responsabilidad de cuidar a otra persona, dependiente en los aspectos de la vida diaria, y por tener que enfrentar la toma constante de decisiones que afectan la propia existencia y la del ser querido. En conclusión, es en quien recae el compromiso, moral e ineludible, de velar por su pariente o amigo enfermo, (Barrera Ortiz, Pinto Afanador , Carrillo G., & Chaparro Díaz, 2010).

El cuidador y las circunstancias.

La condición de un cuidador se enmarca en circunstancias que le generan un gran impacto, con efectos determinados en sentimientos comunes. El más significativo es el de impotencia. Mui (1992), quien tomó lo descrito por Davidhizar, determinó los factores que influyen en este sentimiento de impotencia y los clasificó en personales, ambientales y situacionales.

Entre los factores personales citados por el autor, están las características del individuo, incluidos todos los aspectos sociodemográficos. Por ejemplo, es diferente si el cuidador y quien es cuidado son personas jóvenes, adultas o ancianas, hombres o mujeres, de una u otra raza. También cambian las características según su cultura, el tipo de trabajo o actividad que tengan y la relación que exista entre ellos. Adquieren relevancia en este factor las percepciones personales, producto de experiencias anteriores y la capacidad de afrontamiento, que pueden implicar sentimientos como tristeza, soledad, angustia y desconfianza para manejar la situación. Los aspectos ambientales, que también influyen, se refieren a los soportes y recursos para enfrentar la enfermedad, (Barrera Ortiz, Pinto Afanador , Carrillo G., & Chaparro Díaz, 2010).

Finalmente, están los factores situacionales, que pueden integrar los dos anteriores, incluyendo la influencia creada por el tipo de enfermedad que se padezca. Estos factores se encuentran enmarcados en unas funciones que debe asumir el cuidador.

Funciones del cuidador.

Es difícil señalar con exactitud las funciones del cuidador, ya que dependen de cada familia y de las personas a quienes se cuida. Algunas de las tareas más frecuentes, si son mujeres adultas que conforman la generación intermedia, consisten en desempeñar un rol de trabajadoras, madres en la crianza y formación de sus hijos, esposas con tareas frente a sus parejas, y cuidadoras principales de un padre, una madre o un hijo enfermo.

El principal reto para un cuidador familiar, básico en el desempeño de sus funciones, es conocer a la persona enferma: cómo es con una enfermedad, conviviendo y dependiendo de él. También conocerse a sí mismo: cuáles son sus capacidades para responder cuando una persona cercana tiene cierta dependencia frente a él. Este es, en particular, un grupo vulnerable a vivir los efectos devastadores del estrés^{4, 5}, pues, además de las actividades de la casa como cocinar, lavar, limpiar, deben ayudar a su familiar en el desplazamiento interior y exterior, en la higiene personal y en la administración del dinero y de los bienes.

De igual forma, los cuidadores deben supervisar y administrar los medicamentos; resolver situaciones de conflicto, derivadas del cuidado, como cuando no se acepta fácilmente el tratamiento o se complica la enfermedad; ayudarlo a comunicarse con los demás cuando hay dificultades para expresarse, rasarlo, cambiarlo de posición, entre otras tareas habituales, (Barrera Ortiz, Pinto Afanador, Carrillo G., & Chaparro Díaz, 2010).

Como se ha venido resaltando, la familia es el eje fundamental para el desarrollo del individuo, y en este caso, para la recuperación de un trauma craneoencefálico, sin embargo existen otros tipos de apoyo que son necesarios para la rehabilitación de la funcionalidad de dicha persona, dicho apoyo hace referencia al proceso interdisciplinario conformado por diversos profesionales de la salud, tales como fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, médico, enfermería y psicología, cada uno de ellos con una labor específica para lo anteriormente mencionado.

La rehabilitación debe entenderse desde una perspectiva holística, integradora y multidisciplinar, que busque mejorar la calidad de vida del paciente (Arango, 2006; Cicerone et al., 2008). Además, debe ser temprana e intensiva para que el paciente pueda reintegrarse a la comunidad y al mundo laboral (Soto, Salinas & Hidalgo, 2014). Sohlberg y Mateer (2001) recomiendan formular un programa de rehabilitación individual que considere las capacidades residuales del paciente, el grado de conciencia del déficit y las variables de tipo emocional; al respecto, Rath et al. (2011) recomiendan tener en cuenta las creencias y expectativas que el paciente tiene sobre su propia ejecución para lograr mayor eficacia. Kennedy et al. (2008) recomiendan iniciar el proceso en la fase aguda con protocolos que contemplen actividades ajustadas a las necesidades del entorno del paciente, es decir, es necesario trascender los muros del consultorio. Al respecto, Machuca, León y Barroso (2006) afirman que: “cuando la rehabilitación es especializada, integral, intensiva y multidisciplinar, aunque el inicio de esta se retrase hasta los 2 años, los pacientes mejoran significativamente su funcionalidad y disminuyen la discapacidad en todas las áreas implicadas en las actividades de la vida diaria” (p. 97).

Otro elemento esencial del proceso de rehabilitación es la incorporación del familiar cuidador (Cáceres et al., 2003), pues son ellos quienes pueden brindar mayor información acerca del estado premórbido del paciente y quienes se convierten en su soporte durante el proceso de recuperación; no obstante, se debe ser cuidadoso con la implicación del familiar en el proceso para evitar la sobrecarga y así no comprometer seriamente su salud y estabilidad emocional (Díaz, Arango, Espinosa, Irma & Rivera, 2014), (Folleco Eraso, 2015).

Rehabilitación interdisciplinaria.

Intervención de fisioterapia.

El tratamiento fisioterápico de los pacientes con daño cerebral adquirido se fundamenta en la comprensión y manejo del cuerpo como una unidad funcional y de la patología como una respuesta orgánica global, variable e individual, en función de factores tales como: Etiología lesional; Áreas lesionadas; Magnitud de la lesión; Puntuación en la escala de Glasgow y tiempo de permanencia en coma; Alteraciones cognitivas que influyen en el proceso de reaprendizaje motor; Situación premórbida del

paciente en su más amplia dimensión; Interpretación y manejo que desde el momento inicial de la lesión, se realiza de la problemática individual del paciente.

Tras la lesión, las disfunciones manifiestas en la clínica de los pacientes con daño cerebral no acontecerán exclusivamente en los componentes musculoesqueléticos sino en otros tejidos, tales como el nervioso y el conectivo, que otorga cohesión a todas las partes integrantes de nuestra economía corporal. Así pues, los recursos técnicos utilizados por los fisioterapeutas aun expresados fragmentadamente: manejo de partes blandas, búsqueda de satisfactoria alineación musculoesquelética, regulación del tono, entre otros, (Hernando & Useros, 2007).

Las técnicas utilizadas en el tratamiento fisioterapéutico son cambios posturales, masaje y movilización de los distintos segmentos corporales, estiramientos y técnicas variadas de fisioterapia respiratoria, (Sanz Hoya & Meroño Gallut, 2003).

Masaje: Manipulaciones aplicadas, preferentemente con las manos del fisioterapeuta con o sin ayuda de instrumentos, sobre una parte o la totalidad de la superficie corporal, con el propósito de actuar de forma directa o refleja, obteniendo efectos terapéuticos sobre el sistema nervioso y muscular y sobre la circulación general.

En general el masaje local o general influye positivamente sobre las grandes funciones: respiración, digestión, circulación, equilibrio térmico, recambio orgánico, entre otros.

Movilizaciones activas: La cinesiterapia activa es aquella actividad que el sujeto realiza conscientemente y de forma programada para conseguir una determinada finalidad. Estas movilizaciones en la mayoría de los casos, no se podrán realizar con los pacientes sedados o en coma. Aquellas que más interesan son las contracciones isométricas (aquellas en las que la actividad muscular no supone desplazamiento de segmentos puesto que el momento motor y resistente opuesto son iguales). Con estas contracciones se va a conseguir mantener la capacidad dinámica, el tono y la fuerza muscular, (Sanz Hoya & Meroño Gallut, 2003).

Estiramientos: Son maniobras manuales, pasivas o autopasivas, destinadas a colocar en trayectoria externa máxima la estructura musculotendinosa durante unos segundos con el fin de estirar los componentes contráctiles, poco o nada extensibles; los efectos del estiramiento en general son reducir la tensión muscular y relajar el cuerpo

consiguiendo de esta forma una sensación agradable, de placer y bienestar; Mejorar la coordinación de movimientos al ser más libres y fáciles de realizar; evitar la rigidez articular y el acortamiento muscular; Prevenir daños a nivel muscular y de su estructura debido a que es una preparación de los músculos para desarrolla su función; Mejorar el conocimiento del cuerpo gracias al entrenamiento de la propiocepción articular y Mejorar y agilizar la circulación gracias al aumento del retorno venoso, (Sanz Hoya & Meroño Gallut, 2003).

Cambios Posturales: El cambio de la posición cada dos horas se considera suficiente en un primer momento hasta conocer la sensibilidad de la piel del paciente y la tolerancia de las posiciones. Puede ser necesario disminuir el tiempo de algunas posiciones, pero nunca lo podremos prolongar más de tres horas consecutivas. Es necesario vigilar el estado de la piel cada cambio de posición, en especial en las zonas predispuestas a aparecer una úlcera por presión.

Se deben realizar los cambios posturales de acuerdo a las actividades a realizar con el paciente, es decir, colocarle en decúbito supino para el aseo y las movilizaciones de miembro inferiores, en decúbito lateral para la fisioterapia respiratoria y masaje de espalda. Mediante un correcto cambio postural se conseguirá prevenir y tratar las úlceras por presión, mantener el recorrido articular y lograr una extremidad colocada en una posición funcional, (Sanz Hoya & Meroño Gallut, 2003).

Fisioterapia Respiratoria: Con la fisioterapia respiratoria lo que se busca en los pacientes encamados es despegar, movilizar y evacuar las secreciones y así prevenir la aparición de infecciones en el aparato respiratorio. Además ayudará al reentrenamiento de los individuos desconectados del apoyo ventilatorio y mientras estén con la respiración mandatoria, (Sanz Hoya & Meroño Gallut, 2003).

Intervención de terapia ocupacional.

El pronóstico desde terapia ocupacional es ofrecer los conocimientos y herramientas para restaurar las capacidades y funciones que se han perdido o deteriorado y ayudar a restablecer el proceso persona-tarea-entorno que determinará un desempeño ocupacional óptimo en sus actividades de la Vida Diaria (AVD), siendo el fin último la reinserción social y /o laboral así como una mayor calidad de vida.

El sistema de atención socio-sanitario actual y, concretamente, los diversos profesionales que forman parte del mismo comparten, entre otros, un objetivo común que concierne a la optimización del grado de autonomía personal de sus pacientes. No obstante, este objetivo se convierte en un aspecto especialmente relevante en el ámbito de la rehabilitación y de forma específica en una de sus disciplinas básicas: la Terapia Ocupacional, (Lizarralde Múgica, 2014).

Con la Terapia Ocupacional se practica lo siguiente:

Capacitar al paciente con DCA para ser independiente en sus actividades de la vida diaria.

Establecer nuevos roles y actividades significativas para el paciente.

Proporcionar estrategias que facilitaran la generalización de aprendizajes desde el ámbito clínico al cotidiano.

Utilizar el análisis, selección y elaboración de actividades como proceso de intervención terapéutica para contribuir al logro de los objetivos relevantes para el paciente, (Lizarralde Múgica, 2014).

Dentro de un marco de referencia rehabilitador, las AVD son los elementos que definen el continuo función- disfunción y, específicamente en el ámbito de la Terapia Ocupacional, posibilitan el nexo de unión entre evaluación funcional y esta disciplina. La evaluación funcional implica la observación del desempeño de las actividades de la vida diaria que están relacionadas al tipo de vida del cliente. Los déficits en el desempeño nos indicarán adaptaciones y compensaciones necesarias para mejorar la función.

Los terapeutas ocupacionales necesitan iniciar el proceso de evaluación desde una perspectiva funcional. No es posible planificar intervenciones apropiadas si no se tiene conocimiento de las actividades y ocupaciones que el cliente necesita y quiere realizar, entendimiento de los contextos donde la persona se desempeña, o conocimiento de las habilidades cognitivas básicas que se necesitan para la realización de actividades, (Lizarralde Múgica, 2014).

El terapeuta ocupacional facilita la recuperación de las actividades de la vida diaria (alimentación, baño, aseo, traslado, vestido). Para ello, proporciona, si es necesario, las adaptaciones más indicadas en cada caso, tanto en el centro de

rehabilitación, como en el domicilio del usuario. A través de actividades dirigidas, el terapeuta intenta que el usuario supere, reduzca o compense las disfunciones físicas y/o cognitivas que impiden o limitan su nivel de independencia en las actividades diarias, en su rol social y en su capacidad para disfrutar del tiempo de ocio y de las actividades recreativas, (Lizarralde Múgica, 2014).

La Terapia Ocupacional se basa en el principio de que la actividad propositiva (actividad ocupacional), donde se incluyen factores interpersonales y del entorno, puede utilizarse para prevenir y mediar sobre la disfunción y / o lograr la mayor adaptación posible. Cuando el terapeuta ocupacional utiliza la actividad incluye un doble propósito: intrínseco y terapéutico, (Fernández Gómez , Ruiz Sancho , & Sánchez Cabeza , 2009).

Desde 1917, la terapia ocupacional ha centrado sus esfuerzos para fomentar y / o favorecer la mejora funcional especialmente en aquellas personas donde se encuentra alterada la habilidad para realizar una acción o actividad considerada necesaria para su vida diaria. A través del esfuerzo conjunto de paciente y el terapeuta, son identificadas las dificultades y capacidades como punto de partida para llevar a cabo las intervenciones terapéuticas, pautas para el correcto manejo (educación para familiares y pacientes) así como adaptaciones del entorno, dentro de un plan de tratamiento con los objetivos correspondientes (Law & Baum, 1994). La terapia ocupacional contribuye de manera específica a la realización de aquellas actividades significativas para el individuo lo que implica favorecer las condiciones de seguridad e independencia para llevar a cabo las mismas así como optimizar el desempeño ocupacional y, por lo tanto, la función, (Fernández Gómez , Ruiz Sancho , & Sánchez Cabeza , 2009).

Intervención de psicología.

En Colombia no existen muchos centros de rehabilitación para personas con daño cerebral y la atención que reciben, por lo general, contempla las terapias física, del lenguaje y ocupacional, pero no neuropsicológica o cognitiva, mucho menos se cuenta con la posibilidad de implicar a las familias, dejando las secuelas cognitivas y emocionales sin remediar, (Folleco Eraso, 2015).

Las secuelas cognitivas del TEC consisten principalmente en alteraciones en la atención, la memoria y la función ejecutiva (Apalategui, Ojeda, Lachen & Ciordia, 2003; Machuca, León-Carrión & Barroso, 2006; Silver, MaCallister & Yudofsky, 2004)

que interfieren en actividades realizadas por el paciente con anterioridad, es decir tienen un impacto significativo en la calidad de vida, pues dificultan la reinserción social, académica y ocupacional, incluso en mayor grado que las secuelas físicas (Mateer, 2003; Santos & Bauselas, 2005). Por esta razón se hace necesario intervenir lo alterado, en cuanto al funcionamiento cognitivo y el desempeño en las actividades del paciente, a través de un programa de rehabilitación cognitiva, la cual se caracteriza por ser una de las direcciones fundamentales de la neuropsicología clínica (Mateer, 2003) y se define como un proceso terapéutico (Sohlber & Mateer, 1989) que se encarga de la intervención de los procesos cognitivos alterados a través de estrategias de restitución, sustitución y compensación (Castillo, 2002; Fernández-Guinea, 2001; Lorenzo & Fontán, 2001; Mateer, 2003; Moreno-Gea & Blanco-Sánchez, 2000), para mejorar la calidad de vida del paciente al promover un mejor desempeño y una mayor autonomía para las actividades personales, familiares, sociales y laborales de su vida cotidiana (Castillo, 2002; Fernández-Guinea, 2001; Lorenzo & Fontán, 2001; Mateer, 2003; Sohlber & Mateer, 1989; Wilson, 1991), (Carvajal Castrillón, Henao A., Uribe P., Giraldo C., & Lopera R., 2009).

En los últimos años, las intervenciones psicológicas con los pacientes con Traumatismo Craneoencefálico han recibido mayor atención y apoyo científico. Las investigaciones recientes evidencian un cuadro en general positivo y apoyan la aplicación de las intervenciones psicológicas entre los tratamientos eficaces para los sujetos con Traumatismo Craneoencefálico.

En particular, las investigaciones existentes subrayan la importancia de garantizar a estos pacientes programas de neurorehabilitación integral e multidisciplinar (Sarajuuri et al., 2005; Tiersky et al., 2005). Es decir, programas que tengan cuenta de todos los aspectos fundamentales que afectan la vida del paciente con Traumatismo Craneoencefálico y que prevén la participación de diferentes profesionales. Las secuelas causadas por un Traumatismo Craneoencefálico no pueden ser tratadas aisladamente o dando precedencia sólo a específicos problemas: es necesario rehabilitar la persona en su totalidad (cognitiva, conductual, emocional y social), (Guarino, 2017).

Entre las intervenciones psicológicas que tienen una mayor aplicación con los pacientes con Traumatismo Craneoencefálico se ha encontrado la de tipo Cognitivo –

Conductual. Diferentes son los estudios que han demostrado su eficacia (Tiersky et al., 2005; Anson y Ponsford 2006; Simpson, Tate, Whiting y Cotter 2011; Ashman, Cantor, Tsaousides, Spielman y Gordon 2014; D'Antonio, Tsaousides, Spielman y Gordon 2013).

Asimismo, como evidencian las investigaciones recientes el Traumatismo Craneoencefálico no afecta solo el sujeto que lo padece, sino que altera también su entorno familiar. El soporte familiar tiene, de hecho, una gran influencia sobre la capacidad del paciente de ajustarse y recuperarse después de un Traumatismo Craneoencefálico, además de representar un óptimo aliado para que las estrategias de afrontamiento aprendidas durante las intervenciones psicológicas sean mantenidas en el tiempo (Anson y Ponsford, 2006). Por esa razón, un enfoque psicoterapéutico como lo es de tipo Sistémico – Familiar pueden intervenir, no solo en relación a las secuelas cognitivas, emocionales y conductuales que el paciente presenta, sino también en reequilibrar su entorno familiar (Wiart et al., 2012), (Guarino, 2017).

Finalmente, las investigaciones más recientes evidencian que las intervenciones psicológicas, independientemente de los enfoques terapéuticos y técnicas utilizadas, son una herramienta fundamental, entre las otras ya existente (neuropsicológica, fisioterapéutica, logopédica, etc), para ayudar a los pacientes con Traumatismo Craneoencefálico en su proceso de recuperación. Es más, sus beneficios se han demostrado no solo en el periodo inmediatamente posterior al Traumatismo Craneoencefálico, sino incluso muchos años después a su acaecimiento (Tiersky et al., 2005), (Guarino, 2017).

Intervención de fonoaudiología

Los problemas del lenguaje que pueden aparecer como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico se dan principalmente en la Pragmática, en cuanto a la capacidad de uso del lenguaje en contexto y en interacción con distintos interlocutores. Frecuentemente, aunque tengan cierta fluidez verbal, su uso se realiza fuera de contexto, les cuesta respetar los turnos de participación o adoptar una actitud de diálogo en relación al tema de conversación.

En caso de que presenten lesiones focales que afecten áreas cerebrales implicadas en el lenguaje, pueden aparecer problemas en la comprensión, expresión,

articulación, voz, prosodia, repetición, denominación, lectura o escritura. Las alteraciones del lenguaje y la comunicación afectarán de manera específica a cada paciente y precisarán un enfoque terapéutico adaptado a cada uno, (García , 2011).

Por las características de los problemas referentes a la comunicación, la colaboración de la familia y de los amigos de estos pacientes no sólo es conveniente sino necesaria ya que pueden facilitar su recuperación mediante la interacción en situaciones y contextos habituales para el paciente. Su recuperación debe estar encaminada al uso funcional del lenguaje para comunicar sus necesidades, sentimientos o pensamientos, y a fin de que el paciente sea lo más autónomo posible en las actividades sociales, (García , 2011).

Se recomienda que, cuando la familia o los amigos se comuniquen con el paciente, tengan en cuenta los siguientes aspectos:

Desde el primer día crear con él o ella algún canal de comunicación (a través del tacto, la vista, gestos, escritura o mediante algún sistema de comunicación alternativa).

Utilizar un lenguaje bien estructurado con enunciados no muy largos, pronunciando de forma clara y natural.

Comprobar de vez en cuando que la comprensión es correcta.

Animar al paciente a que utilice un vocabulario variado y, si no recuerda algunas palabras, darle pistas, como por ejemplo el inicio de la palabra.

Favorecer o incentivar a que hable en distintas situaciones cotidianas (una reunión, un restaurant, una recepción, por teléfono, etc.).

En una reunión con varios interlocutores evitar una velocidad de conversación excesivamente rápida, no mezclar temas, favorecer sus intervenciones y marcarle, de ser necesario, un final.

Comentar con él o ella algún programa de televisión o película.

Cuando su proceso de producción verbal sea lento, darle tiempo y, si es necesario, ayudarle, dándole pistas sobre la palabra que se busca, (García , 2011).

Capítulo III. Trauma Craneoencefálico

Los traumas se deben a heridas penetrantes en el cráneo o a la aceleración o desaceleración rápida del cerebro, que lesiona los tejidos en el punto de impacto, en el polo opuesto (contragolpe) y, también, difusamente en el interior de los lóbulos frontales

y temporales (Centro Caren, Neurorehabilitación, 2009). El tejido nervioso, los vasos sanguíneos y las meninges se desgarran y rompen, lo cual ocasiona la aparición de interrupciones nerviosas, isquemia o hemorragia intracerebral y extracerebral y edema cerebral (Centro Caren, Neurorehabilitación, 2009). Las fracturas craneales pueden lacerar arterias meníngeas o senos venosos grandes, produciendo un hematoma epidural o subdural (Centro Caren, Neurorehabilitación, 2009). Las fracturas, sobre todo las localizadas en la base del cráneo, pueden asimismo producir una laceración en las meninges, originando la salida de LCR por la nariz (rinorrea) o el oído (otorrea), o bien la entrada de bacterias o aire en el interior de la cavidad craneal (Centro Caren, Neurorehabilitación, 2009). Las lesiones iniciales al traumatismo quedan fuera del alcance del control médico, las lesiones secundarias, que se inician en el momento de impacto pero que se manifiestan después de un intervalo de tiempo más o menos prolongado, tienen posibilidades de actuación terapéutica. (Centro Caren, Neurorehabilitación, 2009). El trauma craneoencefálico (TCE) se define como la ocurrencia de una lesión en la cabeza con la presencia de al menos uno de los siguientes elementos: alteración de la consciencia y/o amnesia debido al trauma; cambios neurológicos o neurofisiológicos, o diagnóstico de fractura de cráneo o lesiones intracraneanas atribuibles al trauma; o la ocurrencia de muerte resultante del trauma que incluya los diagnósticos de lesión de la cabeza y /o injuria cerebral traumática entre las causas que produjeron la muerte (D, 2005).

Tradicionalmente se describen en el trauma craneoencefálico dos tipos de lesiones: una primaria dada por el trauma en sí y el daño que este genera en el sistema nervioso central; y una secundaria, causada por factores que aumentan la lesión neurológica horas o días después de haberse presentado el traumatismo inicial, se incluye una lesión terciaria, que es la expresión tardía de las lesiones primarias y secundarias y por último, un deterioro retardado de los signos del trauma, (Salamandra.edu.co, 2017).

Traumas craneoencefálicos producto de accidentes de tránsito.

Los accidentes de tránsito constituyen un importante problema a nivel mundial por el impacto que producen tanto en el sector salud como en la economía de los países, antes de la aparición de los automóviles a motor se registran algunos eventos fatales con

trenes y carros de tracción animal desde el siglo XIX, lo cual evidencia la larga data de esta situación; el uso del automóvil se convirtió en un fenómeno global a partir del pasado siglo, ya que desde el año 1950 al 2007 aumentaron su número en un 700 por ciento; desde los años noventa del siglo pasado ocurre un fenómeno semejante de masificación de la producción y uso de las motocicletas, especialmente en países con economías emergentes.

Los vehículos de motor se han convertido en artículos de consumo masivo que modifican el comportamiento humano, cada vez se utilizan más y de manera individual como forma de trabajo, comunicación, diversión y status; generando un crecimiento exponencialmente elevado que no está acompañado por la planificación urbana, la expansión de las mallas viales, la cultura y la educación ciudadana.

Las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito son la octava causa de muerte a nivel mundial y la primera entre los jóvenes de 15 a 29 años, si no se toman medidas al respecto se prevé que para el 2030 será la quinta causa de muerte a nivel mundial. Las cifras anuales de muertes, que aunque no han aumentado en los últimos 3 años, son inaceptables y ascienden a 1.24 millones. Los países de ingresos medios son los que tienen mayor mortalidad contrario a los de ingresos elevados, aunque estos últimos sean los que tienen la mayor cantidad de vehículos registrados (Unipamplona, Rodríguez and Pacavita, 2017)

Otros tipos de traumas o lesiones.

Tipo de lesión.

Las lesiones cerebrales pueden ser difusas (encefalopatías por virus), localizadas (procesos tumorales), diseminadas (focos bacteriales o procesos metastásicos) o sistémicas (ciertos procesos degenerativos que afectan selectivamente algunas vías). Médicamente, importan ambos aspectos: establecer la etiología y la localización del daño, (Guzman, 1983).

Las principales causas de enfermedades cerebrales son a grosso modo:

Tumores: Consisten en la proliferación anormal de elementos celulares de un órgano (Escourolle y Poirier, 1971). Pueden provenir de: a) células normalmente presentes dentro de la bóveda craneana como astrocitos, oligodendrocitos, etc. Se dice de ellos que son tumores primarios (menos malignos); b) elementos tisulares como

meninges, microglia y otros; c) células ajenas al cerebro llevadas a éste por vía sanguínea (metástasis),

Patología vascular: Son los llamados accidentes cerebro-vasculares (ACV) que se deben fundamentalmente a: a) efusión de sangre (aneurismas y malformaciones vasculares y hemorragias); b) carencia de sangre (trombosis o embolias cerebrales).

Traumatismos: Un traumatismo se manifiesta a lo largo de las líneas de falla del cráneo así como en la parte opuesta al vector de fuerzas formado por el golpe y por la posición de la cabeza en el momento del impacto. Este es el efecto de rebote debido al contragolpe de la masa encefálica al chocar más o menos violentamente contra el hueso. Esta combinación de fuerzas conlleva consecuencias importantes según la fuerza y el sitio del contragolpe.

Reacciones infecciosas e inflamatorias: Pueden involucrar meninges, espacios ventriculares o tejido cerebral en sí y se presentan en uno solo o en múltiples sitios. Si el agente es un virus, sobreviene una reacción inflamatoria más o menos severa, con edema y en ocasiones con proliferación glial y destrucción neuronal extensa. Cualquier lesión del tejido nervioso ocasiona desmielinización de las vías circunvecinas. En ciertos casos la mielina se desdobra y se reabsorbe con los productos de deshecho. A veces no se metaboliza y se deposita en placas, con lo cual aumenta el daño neuronal.

Procesos degenerativos: Cualquiera de los procesos mencionados anteriormente es susceptible de causar muerte neuronal extensa, que resulta en atrofia cerebral, o sea degeneración y disminución de la masa encefálica.

Anoxia e hipoxia: Estos dos términos se refieren a la disminución de oxígeno a un tejido. En la anoxia, la disminución desciende por debajo de los niveles tolerables para las células. La hipoxia tiene como causas primordiales la disminución en el aporte de oxígeno dentro de límites tolerables, bien sea por disminución de los elementos transportadores del mismo o por disminución del volumen sanguíneo

Edema: Por edema se entiende la impregnación del tejido de agua, lo que desencadena un aumento en el volumen de las estructuras con una serie de consecuencias que perturban la circulación arterial y venosa, que al mismo tiempo obstaculizan o impiden el normal funcionamiento celular, (Guzman, 1983).

Agudeza de la lesión.

Por agudeza de la lesión se entiende la rapidez de su iniciación y su malignidad. La implantación lenta produce síntomas menos severos que la iniciación abrupta. En parte por esto, las lesiones lentas se manifiestan en primera instancia en alteraciones en el comportamiento y no en signos neurológicos, (Guzman, 1983).

El sitio de la lesión.

Las lesiones encefálicas se clasifican según su localización, que puede ser difusa, lateralizada o focal:

Lesiones difusas: Sus efectos se distribuyen de modo relativamente equiparable en toda la masa encefálica. La severidad y generalización de las secuelas dependen de la violencia del ataque y de la cantidad de edema subsiguiente al daño.

Lesiones lateralizadas: Este tipo de localización se refiere a las lesiones circunscritas a una mitad del encéfalo, pero que pueden afectar ambos hemisferios. Por ejemplo, los tumores, al crecer, desplazan los ventrículos y estructuras mediales y comprimen el hemisferio opuesto. Las secuelas inflamatorias pueden generar focos irritativos en "espejo" en las áreas homologas contralaterales. Los traumatismos agudos causan a veces más daño en el sitio del contragolpe que en el del impacto mismo.

Lesiones focalizadas: Los efectos nocivos de estas lesiones dependen de su tamaño y de su ubicación. Si el daño se restringe a áreas primarias de proyección, seguirán defectos sensoriales o motores primarios. Algunas lesiones pequeñas, por su localización, acarrearán devastadores efectos sobre funciones vitales, (Guzman, 1983).

Tamaño de la lesión.

En términos muy generales (y en igualdad de condiciones de edad y naturaleza de la lesión) los defectos en niveles superiores de integración y de adaptación en humanos dependen más de la cantidad de tejido lesionado y del tipo de lesión que de su localización, (Guzman, 1983).

Afectaciones en las diferentes áreas.

Como consecuencia de un traumatismo la persona puede estar afectada por secuelas más o menos numerosas, ligeras o graves, pudiéndose manifestar bajo una o varias de las dimensiones, ya sea, física, cognitiva, emocional, familiar, social, laboral y/o escolar (Sociales, 2000).

Área física.

Después de un TCE son sobre todo las deficiencias y las discapacidades sobre el plano físico las que son más aparentes. Éstas se manifiestan sobre todo en el sistema motor, pérdidas sensoriales u otros problemas conexos.

Los daños motores son sobre todo evidentes en los momentos posteriores al accidente. Pero al mismo tiempo la recuperación es la mayoría de las veces satisfactoria y las dificultades motoras se resuelven poco a poco. Es posible, no obstante, que en los casos más graves algunas secuelas sean permanentes. La persona debe, pues, adaptarse según las necesidades y utilizar ayudas técnicas (ortopedia, silla de ruedas) para compensar la función perdida o dañada (Sociales, 2000).

Cuando la parte del cerebro que dirige el movimiento está herida o afectada se puede observar una parálisis más o menos marcada de las extremidades. Si es el lado izquierdo del cerebro el que ha sido dañado, serán las extremidades del lado derecho las que estén afectadas. Será lo contrario si el cerebro está herido en el lado derecho. Cuando este género de parálisis unilateral es completo, hablamos de una hemiplejía. Cuando el grado es menos severo entonces será una paralización parcial o una hemiparesia. Evidentemente este tipo de paralización puede causar dificultades en los movimientos; ello conlleva a una cierta cojera y problemas para subir las escaleras, complicar la utilización de miembros superiores para las actividades cotidianas, ya sean en casa o en el trabajo. Podemos fácilmente imaginar problemas de una persona diestra que después de un accidente se encuentra con la imposibilidad de utilizar normalmente su mano dominante. Los daños motores pueden igualmente desestabilizar el equilibrio, convirtiendo la marcha difícil y un riesgo salir al exterior, (Sociales, 2000).

Otros problemas motores pueden provocar espasticidad, movimientos involuntarios, la incoordinación, o una lentitud en los gestos. La persona afectada sufrirá una falta de precisión y realizará con lentitud y dificultad los gestos que le eran fáciles normalmente (preparar una comida, lavarse, vestirse, hacer trabajos manuales o de bricolaje).

Los daños motores pueden también situarse a nivel de lenguaje. Así pues, algún tiempo después del accidente, algunos afectados manifiestan dificultades para expresarse verbalmente. Éstos buscan sus palabras y tienen una voz que a su entorno le

parece diferente. En los casos más graves esta persona puede ser difícil de entender, lo que aumenta su frustración y embaraza a los miembros de su entorno, (Sociales, 2000).

Pérdidas sensoriales: Un traumatismo puede conllevar una disminución del funcionamiento de los sentidos, como puede ser la visión, la audición, el olfato y el gusto. La persona puede sufrir problemas visuales, una disminución de audición o un zumbido de oídos, incluso una disminución o pérdida del olfato. Algunas personas, a veces, están afectadas por alucinaciones sensoriales.

Estas personas tienen la impresión de percibir olores o sonidos inexistentes. También se puede apreciar una disminución de la sensibilidad, normalmente del mismo lado que el de la parálisis. Una pérdida de sensibilidad al tacto, al calor, al frío o al dolor ocasiona un riesgo de quemaduras o heridas ya que estas personas no son plenamente conscientes de esta pérdida de sensibilidad.

Otros problemas conexos: Muchas veces los afectados por un traumatismo se quejan de cefaleas (dolor de cabeza) y de mareos, que acentúan el cansancio y la frustración. Desgraciadamente, a veces es difícil controlar este problema, incluso con una medicación apropiada. Otras heridas o factores, no teniendo lazo directo con la lesión cerebral, pueden complicar la situación del paciente, como puede ser el caso de fracturas múltiples, deformaciones físicas o cicatrices aparentes, (Sociales, 2000).

Psicosociales (área cognitiva, área familiar, área emocional (de pareja), área social, área laboral).

Lo que hace diferente sobre todo a un TCE de otro tipo de heridas causadas por los accidentes de carretera es el hecho de que además de estar afectado en el área física también lo está en el área cognitiva o intelectual. En efecto, los que han sufrido un traumatismo tienen problemas de atención, concentración u otros problemas de memoria y dificultad en resolver los problemas de la vida corriente. Los problemas de atención y de concentración impiden que estas personas consagren esfuerzos en una tarea bien definida. Éstos pasan de una cosa a otra sin poder eliminar las distracciones o los estímulos no relacionados con su tarea.

Una falta de atención selectiva o la incapacidad de concentrarse suficientemente sobre una tarea pueden perjudicar el regreso a sus estudios o el retorno al trabajo. En estas condiciones es difícil aprender nuevos conocimientos. Además de los problemas

de atención y de concentración, las personas que han tenido un TCE presentan a veces problemas de memoria y dificultades de aprendizaje. Éstas tienen dificultades para fijar la información, tratarla y reutilizarla. La memoria a corto plazo o a largo plazo tiene muchas veces fallos. Estos problemas de memoria y aprendizaje pueden presentar diversos grados de gravedad y escalonarse sobre un periodo de tiempo relativamente largo. Cuando la dimensión cognitiva está dañada se pueden constatar muy frecuentemente problemas en el pensamiento o dificultad en la abstracción, que pueden conllevar lagunas sobre el plano de la organización de la información. Por lo tanto les es difícil efectuar toda operación mental que consiste en combinar dos o varios tipos de información, como lo exige el juicio, el pensamiento matemático, la planificación de una actividad, la iniciativa o la creatividad. Estos problemas del pensamiento convierte el regreso al colegio o al trabajo en algo bastante penoso.

Algunas veces, incluso si no están dañadas sus funciones motrices, la persona es incapaz de ejecutar ciertas funciones: hablamos entonces de la apraxia. En estos casos no se podrá vestir, preparar una comida, etc. Además de los problemas de motricidad de la palabra podemos observar dificultades en las funciones expresivas o dificultades en comunicar la información recibida y tratada. Estas dificultades expresivas se manifiestan en el momento de hablar (afasia), de leer, de escribir, de contar, de dibujar o hacer gestos o mímica. Es como si los signos de las palabras y otros símbolos estuvieran alterados o perdidos y que la persona tuviera dificultades para utilizarlos adecuadamente.

A medida que pasa el tiempo, se puede apreciar que los afectados por un TCE tienen dificultades para saber cómo ejecutar y realizar ciertas actividades. Este fenómeno les ocurre principalmente cuando han sido afectados en la parte frontal del cerebro. Por lo cual podemos comprobar una pasividad, una lentitud en sus rendimientos, una rigidez, incluso una perseveración en la acción. La persona tiene dificultad para emprender una acción dada y, una vez que ha comenzado, se diría que no puede parar él solo.

Se registra igualmente en algunos casos una capacidad de iniciativa disminuida. La acción cesa de estar planificada y organizada adecuadamente. Estas personas presentan lo que se llama una “actitud concreta”, es decir, que no dan importancia más

que a la situación presente en la que ellas se encuentran. No tiene interés para estas personas nada más que lo que ellas están haciendo en ese preciso momento o la necesidad que sienten sobre el momento. Es algo difícil hacerles “descolgar” de una situación concreta o de más necesidades en un momento dado. Les hace falta obtener enseguida lo que quieren sin tener en cuenta la situación global en que ellas se encuentran. Así, pues, en la vida cotidiana la persona afectada de un traumatismo encuentra numerosas razones por las que tendrá dificultades para adaptarse, sobre todo en situaciones nuevas; asimismo tienen una débil capacidad de juicio y se comportan de una manera infantil o inadaptada, (Sociales, 2000).

El hecho de que una persona haya tenido un TCE puede tener un impacto importante sobre los miembros de su entorno, especialmente en el funcionamiento de la pareja o de la familia. Incluso cuando la persona dañada estaba hospitalizada, la vida familiar no es ya la misma. La inquietud por la supervivencia, es preciso acompañarla en el hospital y prever su retorno a casa. El medio de vida se debe reorganizar para completar las necesidades del afectado: vigilancia, cuidados y ayudas para todas las necesidades de higiene, en las comidas, en las salidas y desplazamientos, etc.

Los miembros de la familia tienen una misión fundamental en el proceso de rehabilitación y readaptación de la persona. Aparte de la disminución de la autonomía física de la persona que ha tenido un TCE, la disminución de su autonomía intelectual y personal crea muchas dificultades en su entorno. A causa de esta pérdida de autonomía la familia debe prever una supervisión adecuada, ya que la persona dañada es incapaz de hacer elecciones juiciosas en diversas facetas que le afectan. Este periodo de pérdida de autonomía varía según la gravedad del herido, en los casos más graves puede ser permanente.

En el seno familiar, se deben redefinir las funciones, compartir las tareas o las responsabilidades, se debe organizar todo para paliar también los problemas de memoria de la persona dañada. Las personas que rodean al paciente presentan dificultades a la hora de reconocer lo que era antes del accidente, pues se genera un alto grado de deterioro, no solo por las posibles secuelas físicas, sino también de cognición, por ende las conversaciones con dichas personas no serán iguales, su lenguaje no será el más

apropiado, se le dificultará relacionarse nuevamente, y recordar el rol que cada una de ellas cumplía en su vida.

No se sabe cómo tratarle, cómo controlarle o cómo hacer frente a su agresividad. Ignoran cómo responder a sus preguntas repetidas o inapropiadas, ya sea para la comida, la sexualidad, el dinero, la conducción de automóviles, los cigarros, etc. Estos cambios de personalidad y estos problemas pueden incluso alterar las relaciones interpersonales, por ejemplo, entre los niños y los padres, entre los cónyuges, con los hermanos, las hermanas o igualmente con los amigos. En otros casos puede haber complicaciones en problemas preexistentes en la pareja o en la familia (por ejemplo, separaciones, divorcios, educación de niños, económicos).

A menudo, los miembros de la familia y del entorno deben consagrar mucho tiempo y dedicar muchos esfuerzos para apoyar a la víctima de un TCE sin necesariamente recibir reconocimientos o gratificaciones proporcionales a sus acciones o a su dedicación. La persona que ha sufrido un TCE está a veces imposibilitada temporal o permanentemente para continuar sus actividades escolares o profesionales. Por otro lado, cuando un niño o un joven víctima de un TCE deja de ir al colegio, es preciso que alguien le atienda en casa. Sucede entonces que uno de los padres debe dejar su trabajo para ocuparse de él y estar menos disponible para los otros miembros de la familia. El mismo caso puede producirse si la persona en cuestión es un cónyuge: el otro debe, con bastante frecuencia, descuidar su empleo, incluso dejarlo, para hacerse cargo de los cuidados y las responsabilidades de su pareja. Esto puede conllevar un aumento del cansancio, del estrés y la inseguridad, incluso un deterioro de su propia vida, (Sociales, 2000).

El cerebro no sólo controla las actividades motrices o intelectuales. Es él quien nos permite sentir emociones y adiestrarlas teniendo en cuenta el contexto donde nos encontramos. Una herida en el cerebro, como la que provoca un traumatismo, conlleva cambios en el plano afectivo. Corrientemente, estas personas presentan unos cambios de humor o una gran versatilidad de las emociones. Tienen tendencia a llorar o reír sin razón o de manera indebida. Parecen hipersensibles, pasando rápidamente de un estado emotivo a otro (tristeza o euforia) sin motivo aparente.

Además de estas variaciones rápidas de humor se aprecia una disminución del control en el plano emotivo. Estas personas reaccionan muchas veces por comportamientos agresivos o coléricos. Lo hacen espontáneamente, sin necesidad de tomar tiempo para reflexionar en las consecuencias de sus actos o gestos, que se traducen igualmente por una violencia verbal o física. Se observa también una disminución de su capacidad de autocrítica, de imprevisibilidad en la acción, de comportamientos impulsivos y a veces una falta de control en el plano sexual (desinhibición sexual).

La afectación en la dimensión afectiva puede caracterizarse, a veces, por comportamientos infantiles. La persona puede parecer egocéntrica y a veces incluso insociable. Puede presentar poco énfasis y se vuelve intolerante a la menor cosa. No hay que olvidar que un trauma conlleva a una percepción diferente de sí mismo. La persona podrá sentirse desvalorada e incapaz de cumplir con sus tareas o trabajos anteriores ya sea en el plano familiar u otro, (Sociales, 2000).

Una vez que la persona que ha tenido un TCE sale del hospital y se reintegra a su medio familiar, es necesario que agrande su círculo de actividades con el exterior. Se trata de una fase difícil y crucial. En efecto, es con el fin de favorecer la reintegración social que con todos los esfuerzos anteriores se han ido creando.

Las secuelas de un TCE conllevan muy a menudo, para la persona afectada, un retraso en las actividades habituales que le permitían un desarrollo social. La pérdida de contactos con los colegas y los amigos obliga al afectado a reorganizar su tiempo de forma diferente. No es raro ver que estas personas afectadas se sientan apartadas y que tengan dificultad para identificarse con un grupo, (Sociales, 2000).

Si las secuelas físicas pueden atrasar o dañar el retorno al colegio o al trabajo de las personas que han tenido un TCE, son sobre todo las secuelas intelectuales y personales las que hacen difícil su integración en el medio escolar o profesional. Muchas veces, las secuelas cognitivas y afectivas no ofrecen otra elección que la de prever otra reorientación, reemprender un curso escolar inferior al que había completado antes del accidente, o incluso aceptar un trabajo más simple y menos remunerado. ¡Todos estos esfuerzos para encontrarse menos avanzado que antes!

La persona que ha seguido tratamientos durante varios meses, en ciertos casos, durante más de un año, evidentemente tendrá dificultad para reintegrarse al colegio o al trabajo después de tan larga ausencia. No hay que olvidar que la mayor parte de los medios escolares o profesionales están mal preparados para recibir a alguien que ha tenido un TCE, (Sociales, 2000).

Recomendaciones clínicas en la recuperación del trauma.

Principios generales de manejo.

El tratamiento más importante para la recuperación del tejido nervioso es la adecuada resucitación y la prevención de las lesiones mayores. El cumplimiento de estos objetivos depende de una adecuada llegada de glucosa y oxígeno a través de una maximización de la perfusión sanguínea cerebral, la cual se define como la diferencia entre la presión arterial media y la presión intracraneal (PIC).

La presión intracraneal se define, según la hipótesis de Monro-Kellie, que supone que el contenido intracraneal está contenido en una esfera rígida, de forma que el volumen total ocupado por los tres constituyentes (cerebro, sangre, LCR) es constante. El aumento de volumen en un compartimiento se acompaña de una reducción de los otros y un aumento neto de la presión intracraneal. (Médicas, 2005).

El manejo que se le da a un paciente que ha sufrido un trauma craneoencefálico se da en tres momentos, uno el pre-hospitalario, dos el intra-hospitalario y un tercero, el cual se va a realizar cuando el paciente es dado de alta, el extra hospitalario.

Manejo prehospitalario.

La evaluación y estabilización del paciente con TCE inicia en el sitio del accidente. Las medidas incluyen el manejo de la vía aérea con protección cervical, reanimación hídrica, identificación y estabilización de lesiones extracraneales. Debe obtenerse información confiable del mecanismo de lesión y proporcionar traslado rápido y seguro hacia un hospital con capacidad de resolución médica y quirúrgica. (Cabrera *et al.*, 2009).

Una vez estabilizado el paciente se debe proceder a determinar si presenta o no signos de herniación: Posición de descerebración (extensión anormal), Flacidez, Midriasis unilateral o bilateral (pupila de más de 5mm), Anisocoria (diferencia en los

tamaños pupilares de más de 1mm), Pupila no reactiva, Caída de 2 o más punto en el Glasgow, habiendo tenido un puntaje inicial menor o igual que 9.

Estos signos clínicos son indicativos de un efecto masa intracraneano que compromete estructuras vitales. Nunca se debe realiza hiperventilación profiláctica, ya que se ha encontrado que esta aumenta la mortalidad y el déficit neológico, (Salamandra.edu.co, 2017).

Manejo intrahospitalario.

Una vez el paciente ingresa al servicio de urgencias es indispensable hacer el ABCDE primario con el fin de corroborar los hallazgos pre-hospitalarios, detectar cambios en su estado y revisar que las intervenciones realizadas hayan sido las más adecuadas. Además, se debe repetir la escala de Glasgow a fin de poder clasificar el trauma craneoencefálico como leve (GCS 14-15), moderado (GCS 9-13) o grave (GCS <8).

El examen sobre el cual se basa todo el manejo de estos pacientes es el TC. Existen criterios que permiten definir qué pacientes son candidatos a la toma de un TC cerebral, entre los que se encuentran: Trauma craneoencefálico moderado o grave, Pérdida del conocimiento >5 min, Déficit neurológico focal, Presencia de convulsiones tardías (no inmediatas al evento), Cefalea intensa pos trauma, Sospecha de fracturas de cráneo.

Se deben evitar al máximo los episodios de hipoxia e hipotensión, a fin de precaver la lesión secundaria asociada a la disminución de la perfusión cerebral o de la hipoxia cerebral, (Salamandra.edu.co, 2017).

Manejo extrahospitalario.

En el manejo extra-hospitalario se requieren de cuidados específicos para cada paciente dependiendo de la gravedad de la lesión y de las secuelas que haya dejado el trauma.

Las recomendaciones médicas para el paciente de esta investigación fueron suministradas por la que en ese momento fuera su esposa, la cual fue quien se hizo cargo de él y todo lo que a su recuperación se tratase.

Se recomendó estar atenta a posibles signos de convulsión y fiebres altas, dar seguimiento a las terapias físicas, ocupacionales y psicológicas a las que el paciente fue sometido, además de los controles mensuales con el neurólogo, y continuidad de los medicamentos, en especial el Epamin.

Se le sugiere evitar que el paciente reciba el sol, debido a que cuando se dio de alta, no contaba con la tapa craneal del frontoparietal y los vendajes de la cabeza no protegían lo suficiente el encéfalo; el paciente no podía realizar fuerza, ni movimientos bruscos, se le pide mantener mucha quietud y a la hora de dormir, lo haga con una sola almohada.

Se le indica que la alimentación sea rica en proteínas, vitaminas y calcio, y que las grasas sean muy mínimas; Y por último, mantener una adecuada higiene en el vendaje de la cabeza con el fin de evitar posibles infecciones.

Marco Conceptual

Lesiones Producto De Trauma Craneoencefálico

Lesión primaria.

Es el daño directo causado por el impacto del trauma. Incluye: contusión cortical, laceración cerebral, fractura de cráneo, lesión axonal, contusión del tallo, desgarro dural o venoso, etc. La magnitud de la lesión primaria está determinada por las fuerzas involucradas en el evento traumático (es decir, la cinemática del trauma), (Salamandra.edu.co, 2017).

Por el modelo de impacto se pueden producir las siguientes lesiones primarias:

Impacto estático: (agresión por un agente contundente contra el cráneo) en el que la energía cinética es proporcional a la masa y velocidad, de los cuales depende la gravedad de la lesión: hundimientos o fracturas del cráneo y lesiones focales como: hemorragia epidural aguda, hematoma subdural agudo, contusión hemorrágica cerebral y hematoma intraparenquimatoso cerebral.

Impacto dinámico: El mecanismo de la lesión es por aceleración-desaceleración; el cráneo se desplaza tropezando en su movimiento con un obstáculo y generando 2 tipos de movimientos: de tensión (elongación) y de tensión-corte (distorsión angular). El impacto a su vez produce 2 tipos de efecto mecánico sobre el cerebro: traslación y rotación; el primero causa el desplazamiento de la masa encefálica con respecto al cráneo y otras estructuras intracraneales como la duramadre, propiciando cambios de presión intracraneal (PIC), y el segundo hace que el cerebro se retarde en relación al cráneo. Es responsable de la degeneración axonal difusa, el coma postraumático, contusiones, laceraciones y hematomas intracerebrales (Abad, 2009)

Lesión secundaria.

Es consecuencia de la lesión primaria. Incluye: hematoma intracraneano, epidural o subdural; edema cerebral, hipoxia, hipoperfusión cerebral, isquemia con elevación de neurotoxinas y radicales libres y aumento de la hipertensión endocraneana, (Salamandra.edu.co, 2017).

Las principales causas de lesión secundaria en el TCE se las puede clasificar:

De origen sistémico: Hipotensión arterial, Hipoxemia, Hipercapnia, Anemia, Hipertermia, Hiponatremia, Hiperglucemia, Hipoglucemia, Acidosis, Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

De origen intracraneal: Hipertensión endocraneal, Vasoespasmo cerebral, Convulsiones, Edema cerebral, Hiperemia, Hematoma cerebral difuso, Disección carotídea, Hidrocefalia, Infecciones meníngeas (Abad, 2009).

Lesión terciaria.

Es la expresión tardía de los daños progresivos o no ocasionados por la lesión primaria y secundaria con necrosis, apoptosis y/o anoikis (muerte celular programada por desconexión), que produce eventos de neurodegeneración y encefalomalasia, entre otros (Abella, Altamirano and Ángeles, 2008).

Deterioro retardado.

De los pacientes que inicialmente tuvieron TCE y no manifestaron síntomas o signos de lesión cerebral, 15% pueden presentar después en minutos u horas un deterioro neurológico causado por lesiones que pueden ser fatales si no se detectan a tiempo conocidas como «habla y deteriora» o «habla y muere» (Abella, Altamirano and Ángeles, 2008).

Clasificación Del TCE

Por el mecanismo del trauma: TCE cerrado y TCE Penetrante. Esta clasificación se basa si hay penetración o no de la duramadre.

Por la gravedad del daño: TCE leve: puntaje de 14-15; TCE moderado: puntaje de 9-13 y TCE grave: puntaje de 3- 8.

Es la más utilizada a efecto de tomar decisiones clínicas, utiliza la escala de coma de Glasgow (ECG) para objetivar y cuantificar la alteración del nivel de conciencia como expresión global del grado de repercusión sobre el encéfalo.

Por la morfología de la lesión. Esta clasificación se basa en hallazgos clínicos, complementados con estudios de imagen, especialmente la TAC que ha revolucionado el diagnóstico morfológico con importante vinculación pronóstica. Morfológicamente el TCE puede ser gruesamente clasificado en dos tipos:

Fracturas de cráneo: TCE con fractura en bóveda del cráneo y TCE con fractura en la base del cráneo, que clínicamente pueden ser sospechados: por equimosis periorbitaria (ojos de mapache), equimosis retroauricular (signo de Battle), salida de LCR y parálisis del VII par craneal.

Lesiones intracraneanas: Estas pueden ser focales o difusas y se pueden presentar de las dos formas (Abad, 2009).

Marco Legal

Ley 1616 del 21 de Enero del 2013

ARTÍCULO 1°. OBJETO. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

ARTÍCULO 2°. ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente leyes aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especifica mente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

ARTÍCULO 3°. SALUD MENTAL. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportarniento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

ARTÍCULO 4°. GARANTÍA EN SALUD MENTAL. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

ARTÍCULO 5°. DEFINICIONES. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. Promoción de la salud mental. La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

2. Prevención Primaria del trastorno mental. La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

3. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la

conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

4. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

5. Trastorno mental. Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

6. Discapacidad mental. Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

7. Problema psicosocial. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

8. Rehabilitación psicosocial. Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap -o desventaja-de un trastorno mental-para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad

posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Metodología

Diseño de Investigación

La presente investigación tuvo un diseño descriptivo de tipo cualitativo, debido a que se establece un estudio de caso siendo este descriptivo no estructurado que se refiere a una única unidad muestral, bien sea una persona, un grupo, una organización, entre otros, estos se dividen en: Intrínseco. El investigador se encuentra con él, no lo elige, Sacks (1987, pp. 138-140) e Instrumental. El investigador lo elige por ser prototípico, Anyon (1981), siendo este el del actual estudio, (Montero & León , 2005).

Esta investigación se realizó de forma transversal, puesto que la descripción se realizó en un único momento temporal, Montorio, Márquez, Izal y Losada (2004); Pereira y Smith (2003).(Montero & León , 2005).

Población

La población consto de tres individuos uno de 48 años de edad el cual hace referencia al paciente que sufrió Trauma Craneoencefálico, quién actualmente reside en la ciudad de la Fría, Estado Táchira Venezuela; el segundo hace referencia a la ex conyugue del paciente, de 48 años de edad de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander y por ultimo a la madre de la esposa de 63 años de edad quién también reside en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

Técnicas de Recolección de Información

Las técnicas que se implementaron para la recolección de datos son la entrevista semi-estructurada, historia de vida del paciente y un grupo focal con los profesionales de la salud que tienen conocimiento del trauma.

Entrevista semi-estructurada.

La entrevista es un método de autorreporte que consiste en un diálogo o conversación dirigida entre un entrevistador y un entrevistado. La información a indagar está directamente relacionada con los objetivos de la investigación. En la medida que es un diálogo se da un proceso de interacción y por tanto la conducta y actitud del entrevistador es central. Esto significa que tienen mucha importancia tanto el manejo del lenguaje o comunicación verbal como no el verbal.

En la entrevista semi-estructurada existe una estructura base, pero el entrevistador puede explorar en profundidad aspectos que aparezcan durante la entrevista, desviándose levemente de la pauta, (Scharager, 2001).

Historia de vida.

Las historias de vida forman parte del campo de la investigación cualitativa, cuyo paradigma fenomenológico sostiene que la realidad es construida socialmente mediante definiciones individuales o colectivas de una determinada situación (Taylor y Bogdan, 1984); es decir, se interesa por el entendimiento del fenómeno social, desde la visión del actor. De ahí que los datos obtenidos al utilizar la metodología cualitativa constan de ricas descripciones verbales sobre los asuntos estudiados (Kavale, 1996). Además, toma en consideración el significado afectivo que tienen las cosas, situaciones, experiencias y relaciones que afectan a las personas. En tal sentido, los estudios cualitativos siguen unas pautas de investigación flexibles y holísticas sobre las personas, escenarios o grupos, objeto de estudio, quienes, más que verse reducidos a variables, son estudiados como un todo, cuya riqueza y complejidad constituyen la esencia de lo que se investiga (Berríos, 2000), (Chárriez Cordero, Diciembre, 2012).

Grupo focal.

Los grupos focales son entrevistas de grupo, donde un moderador guía una entrevista colectiva durante la cual un pequeño grupo de personas discute en torno a las características y las dimensiones del tema propuesto para la discusión. Habitualmente el grupo focal está compuesto por 6 a 8 participantes, los que debieran provenir de un contexto similar.

El moderador es un profesional generalmente miembro del equipo de investigación y con conocimientos calificado en la guía de grupos y su dinámica. El moderador trabaja durante el proceso focal partiendo desde un conjunto predeterminado de tópicos de discusión. El conjunto de datos e información que se extrae de la discusión grupal está basado en lo que los participantes dicen durante sus discusiones, (Mella, 2000).

Resultados

Tabla 1. Matriz Grupo Focal

CATEGORÍA	ÍTEM	RESPUESTA	ANÁLISIS
Motivación	1. ¿Cómo motiva o por el contrario, repercute negativamente la familia en la recuperación del paciente?	<p>P1. Si ellos no motivan al paciente cuando nosotros lleguemos a hacer la intervención se nos va a hacer difícil, entonces influye directamente si la familia no está consciente de lo que está sucediendo entonces el proceso no se va a ver como tal un avance.</p> <p>P2. En la recuperación del paciente, mucho, porque eso depende de la motivación que él pueda llegar a tener para su recuperación, las redes de apoyo son fundamentales y la familia es la principal red de apoyo.</p> <p>P3. Si repercute negativamente la familia cuando no lo apoya y la parte positiva pues cuando ellos sienten un apoyo emocional, ellos casi siempre están eh como deprimidos ya, entonces el tener un apoyo emocional para ellos fuerte hace que ellos se recuperen de manera pues positiva.</p>	<p>De acuerdo a lo abordado en el primer ítem, los profesionales de la salud, concuerdan que la familia es un factor primordial para el desarrollo de la fase de terapéutica y la recuperación de un paciente con traumatismo craneoencefálico, debido a que todo el proceso se da especialmente con la familia, ya que son las personas con las que más tiempo comparte el paciente, cada uno de los profesionales aborda al individuo de acuerdo a su rol, sin embargo es fundamental que el familiar, o cuidador primario se encargue de repetir o continuar en casa con todas las indicaciones dadas, así se podrá evidenciar un avance mayor en la persona.</p>

P4. Los familiares son una base fundamental en la recuperación de los pacientes teniendo en cuenta sobre todo los planes caseros que nosotras dejamos, es muy importante sobre todo el conocimiento que tengan en cuanto al manejo en el desarrollo de las actividades de la vida diaria de pronto no darles tanta dependencia sino también irles facilitando esas herramientas para que ellos vayan evolucionando.

De la misma forma afirman, que parte de un principio básico esa recuperación y es la aceptación por parte de la familia de la condición del paciente, para así mismo poder motivar al sujeto, esta motivación no solo se basa en el hecho de llevarlo a las consultas, sino de brindarle la comprensión y el apoyo que el paciente necesita no solo para su tratamiento sino para lograr recuperar su autonomía y su vida cotidiana.

P5. Eso depende según el tipo de accidente craneoencefálico que tenga, tiene el núcleo familiar, juega el proceso de la culpabilidad, y tratan de esforzarse según sean las consecuencias que tenga las secuelas que haya dejado ese traumatismo, a raíz del apoyo familiar y todos los servicios terapéuticos se han parado, se han recuperado, claro no en un tramo de un mes, eso ha sido de años, eso depende de cómo se aborde, la familia es un paso fundamental, creo que no hay más cariño ni nadie va a cuidar a un paciente como su

familia, pero la familia que realmente lo quiera, es excesivamente pertinente.

P6. La familia es fundamental para el tema de la recuperación de recuerdos y todo eso, si es en el tema emocional o de comportamiento es como dicen todas las profesionales, es el soporte básico para que el continúe su tratamiento no solo en la parte personal de recuperación de la lesión sino en todas las esferas de su vida, entonces si él no tiene la capacidad propia y si él no tiene quien lo respalde como su red de apoyo primaria será muy difícil para él.

-
- | | | |
|--|--|---|
| <p>2. ¿Qué técnicas se les entregan a los familiares del paciente para continuar con el acompañamiento</p> | <p>P1. Las técnicas que nosotros utilizamos son muy básicas, pues primero teniendo en cuenta cual es el tratamiento que se le da el paso si es lenguaje estimularlos hacia un lenguaje no oral, si hace parte del proceso como tal de la alimentación, entonces se les especifica cual es la alimentación que se le debe dar como se la</p> | <p>Para las técnicas que se dan por parte de los terapeutas, se evidencia que hacen referencia a manejo del paciente, tanto a nivel físico, como cognitivo y emocional, resaltando la importancia de la continuidad y repetición de las actividades indicadas</p> |
|--|--|---|
-

o del proceso terapéutico desde casa?	deben dar a qué hora se la deben dar y así ellos van teniendo las técnicas claras para poder apoyar al paciente en el proceso de intervención.	por los profesionales, además de esto se hace referencia a la importancia de la salud del cuidador o familiar a cargo, debido a que este mantiene un nivel alto de carga emocional lo cual puede generar un cansancio tanto físico como mental que impediría el buen abordaje del paciente en casa; es importante no solo el apoyo de terapias físicas sino psicológicas tanto para el sujeto como para la familia, por ende se realizan intervenciones familiares o sistémicas, donde se le enseña al paciente y a los familiares estrategias de afrontamiento tanto emocionalmente como físicamente.
	P2. Las técnicas, va desde higiene postural hasta búsqueda de redes de apoyo para el mismo familiar.	
	P3. La mayoría de nosotros somos como orientadores a la hora de enseñarles una recuperación y pues de ahí para allá ya lo que el familiar haga y las veces de repeticiones que se hagan en la casa es lo que marca la diferencia entre un paciente que se recupera rápido y un paciente que se queda y un paciente que no se alcanza a recuperar.	
	P4. Técnicas como tal, ya son planes caseros, sí, ehhe respecto a adaptaciones terapéuticas bien sea con manejo de ferulaje o adaptaciones como el mango en los cubiertos mientras ellos van realizando mejor un agarre más funcional, técnicas como el manejo en los traslados para prevenir posibles caídas, herramientas como,	

como posicionar o adecuar las extremidades del paciente de modo que no vaya a ver de pronto aumento en la atrofia articular muscular o aparición de úlceras por presión.

P5. Se ofrecen las terapias de psicología, a veces nuestros planes de tratamiento este viene con un plan de terapias desde todas las áreas.

P6. Pues desde psicología hay una intervención de tipo sistémico que es donde se incluye el paciente enfermo en un sistema familiar donde todo el mundo tiene que llevar como la responsabilidad de la recuperación no solamente el afectado sino todo el núcleo familiar.

Autonomía e
Independencia

1. ¿Qué aspectos considera fundamentales a nivel familiar para que el paciente alcance la autonomía?

P1. Uno el apoyo total al paciente, el apoyo de la familia es supremamente importante en este sentido, otro es que la familia entienda que es lo que uno hace como terapeuta, la información sobre todo la que se le da a los familiares es lo fundamental en ese momento.

P2. La consistencia, la persistencia, estos pacientes son de constancia, y paciencia es

A nivel interdisciplinario se resaltan aspectos tales como el apoyo, la consistencia, la persistencia, la constancia, la paciencia, la fortaleza, la afectividad, el compromiso y el entendimiento para generarle al individuo un grado de estabilidad emocional que le permita incentivarse

fundamental la paciencia.

P3. El familiar se tiene que aprender a desprender un poco del pobrecito, se tiene que llenar de muchísima fortaleza y muchísima paciencia a la hora de enseñarles a ellos a ser más independientes considero yo.

P4. Va mucho más ligado a la parte emocional el apoyo en que el familiar le dé al paciente para motivarlo incentivarlo a que vaya ejecutando o ganando grados de independencia

P5. La responsabilidad, primeramente, asumir que hay un cuidador primario de ese paciente, quien realmente va a asumir a ese paciente.

P6. Desde psicología considero que lograr la recuperación final del paciente es que tanto el paciente como la familia tomen al pie de la letra se puede decir las recomendaciones del equipo interdisciplinario para la recuperación.

a lograr una recuperación no solo por su familia sino por sí mismo, esto con el fin de generar independencia y autonomía en la realización de las actividades diarias además de las terapéuticas indicadas por los profesionales; cabe resaltar que esta independencia se logra a medida que el proceso va avanzando y dando resultados positivos gracias a la motivación dada por su cuidador o por sus familiares.

2. ¿Qué factores pueden influir de forma negativa en la

P1. La sobreprotección si influye en el paciente y en la recuperación del mismo, ahí es donde nosotros debemos explicarle al familiar que el paciente es una persona totalmente

De acuerdo a lo evidenciado en la teoría, se permite indagar el aporte profesional respecto a la sobreprotección, debido a que es un

recuperación del paciente?	<p>independiente que en este momento tenga una condición que lo puede limitar, pero siempre hay que motivarlo a que él pueda hacer las cosas solo.</p> <hr/> <p>P2. La sobreprotección, total, total afecta, porque es importante que el paciente se sienta cuidado se sienta querido, fundamental, pero ehhh el hecho de exceder ese límite y no permitirle a él tener su autonomía lo vamos como a de cierta manera a limitar y le vamos a cohesionar la poca independencia que pueda hacer que pueda tener.</p> <hr/> <p>P3. Totalmente la sobreprotección, para mí sí, y lo vemos muy seguido aquí tanto para niños como para adultos.</p> <hr/> <p>P4. Sobreprotegerlos no es bueno, porque ellos muchas veces por el dolor se limitan, sí, pero entonces ahí es donde nosotras les prestamos como esa enseñanza o esa reeducación en cuanto al familiar para que de esa manera le pueda ayudar al paciente, motivarlo, y apoyarlo en sus actividades de la vida diaria de modo</p>	<p>factor negativo que repercute según la teoría, en la recuperación del paciente. Se realiza la comprobación de esta hipótesis de acuerdo a lo mencionado por los terapeutas, los cuales afirman que según su experiencia, la sobreprotección si repercute de forma negativa en el proceso de rehabilitación del sujeto debido a que los familiares no permiten que se les realicen los ejercicios o actividades que en ocasiones les puedan generar dolor y los retiran de las terapias, además generan un sentimiento de lastima por el paciente y eso no les permite dejar que el paciente intente realizar las indicaciones médicas por sí mismos, sino que ellos las realizan para evitar que la persona sienta dolor o se esfuerce.</p>
----------------------------	---	--

que ellos vayan ganando independencia.

P5. Cuando no está educado para cuidar, lleva a la sobreprotección, cuando ponen en duda el tratamiento, o cuando no dejan hacer algunas intervenciones terapéuticas, esa sobreprotección repercute de forma negativa para la recuperación.

P6. Efectivamente la sobreprotección, él tiene que tener el empoderamiento de su dificultad de su situación de salud actual y él es el que debe emprender su recuperación con el apoyo de la familia y del equipo médico pero tiene que ser él mismo el que se empodere y tenga la capacidad de resolución de conflictos y de su situación para poder mejorar.

Percepción	1. ¿Qué dificultades se perciben a nivel familiar dentro de las terapias?	<p>P1. Muchas veces la poca importancia que tiene la familia en lo que uno hace como terapeuta, otra cosa es la conformación del núcleo de la familia.</p> <hr/> <p>P2. Con las familias vamos a los extremos esta la familia que quiere ser sobreprotectora, como está la familia que es desentendida y no le da la</p>	<p>En la intervención realizada al grupo focal se manifiestan distintas dificultades que cada uno de ellos desde su actuar pueden evidenciar en los familiares, tales como la sobreprotección, el desentendimiento, la poca importancia, la frustración, la</p>
------------	---	--	---

importancia al paciente y la importancia que tiene el proceso, o están los acelerados que quieren que el proceso se de y la recuperación se de en dos días.

P3. Todas, todas si llegan peleando de la casa todo se refiere ahí, también la comunicación o el vínculo que haya dentro del paciente

P4. Las dificultades que posiblemente a diario encontramos si va en cuanto a las barreras sobre todo las barreras que se presentan a nivel físicas en casa, para los traslados las movilizaciones y segundo la parte o el ambiente emocional y familiar que se maneja

P5. Que de cierta manera critican de manera no muy positiva lo que hace el terapeuta o ellos consideran que deben de ser más o menos.

P6. Uno de los más comunes es el hecho de que la gente se frustra muy rápidamente en los procesos de recuperación

comunicación, el vínculo, el ambiente emocional, barreras físicas, entre otras, que generan en muchas ocasiones el abandono tanto de las terapias como del mismo paciente, y es así como hoy por hoy desde todos los ámbitos de la clínica se resalta la importancia de un buen núcleo familiar, una estabilidad mental y un apoyo motivacional por parte de su familia para aquellos individuos que se encuentran con una limitación o una enfermedad que devenga el tiempo de sus parientes tanto para terapias de rehabilitación como para el desenvolvimiento de la vida diaria.

2. ¿Qué sucede cuando no se afronta el **P1.** No se logran recuperar, pues desde mi punto de vista no lo hacen, porque nosotros intentamos ser lo más familiar posible pero no La recuperación del paciente depende tanto de sí mismo como de su familia y su grupo interdisciplinario, debido a

proceso de recuperación a nivel familiar? de es lo mismo lo que nosotros le podemos decir que cada uno de ellos aporta para el proceso; el paciente debe desde su condición tener la disposición de lograr una mejoría, la familia se debe comprometer no solo con las terapias

P2. Eso depende de las áreas afectadas y realmente el compromiso que tenga el paciente, así tenga el núcleo familiar, así tenga redes de apoyo si no tiene una auto superación un autoconcepto claro el paciente difícilmente pueda salir de la limitante, eso es bastante dependiente de la situación del nivel de discapacidad y de cómo lo afronte el paciente. en casa, sino con el apoyo motivacional para dicho individuo y el equipo interdisciplinario, brinda todas las herramientas necesarias para trabajar, tanto en el consultorio como en el hogar toda la funcionalidad del sujeto, su lenguaje, sus actividades de ocio, entre otras.

P3. El paciente tiene que estar como muy fuerte de mente tiene que ser un paciente que esté consciente de su patología de su discapacidad y de sus ganas de salir a delante ya, pero hay pacientes que si se ven afectados porque se sienten como ese negativismo o esa limitación de parte del familiar. Sin embargo, es de resaltar que los pacientes que tienen un apoyo familiar, logran generar un poco más rápido y con más notoriedad una recuperación positiva, en contraposición a los que no cuentan con dicho apoyo.

P4. Muy difícil, muy difícilmente se recuperan, por lo general cuando el paciente no recibe ese

apoyo del familiar ehh ya encontramos pacientes en depresión, pacientes que no toleran la intervención de manera eficaz, como aquel paciente que si tiene y recibe el apoyo y el cuidado primario del familiar.

P5. Depende del daño que tenga el paciente si es un paciente, siempre debe estar inmiscuida la familia, porque no puedes dejar a un paciente solo porque no va a sobrevivir, si no hay el apoyo del familiar, nunca va a tener una recuperación o un mantenimiento, sino más bien un deterioro neurológico grave.

P6. Depende del tipo de lesión y depende de las habilidades y de la capacidad de la persona de sobreponerse a lo que ha pasado porque mucha gente logra hacerlo incluso de manera asombrosa, pero hay otros que si se respaldan mucho en el apoyo familiar.

Tabla 2. Matriz Entrevista Semi-Estructurada

CATEGORÍA	ÍTEM	RESPUESTA	ANÁLISIS
-----------	------	-----------	----------

Motivación

<p>1. ¿Cuál era el pronóstico que daban los médicos del paciente? ¿Cuál fue su actitud frente a este?</p>	<p>P1. El pronóstico fue negativo, no nos daban muchas posibilidades de vida en el momento, pues en ese momento fue difícil, fue imposible de creer puesto que estábamos empezando una vida, yo no me esperaba eso, me tocó enfrentarlo, vivirlo y seguir el proceso que tuviera que llevar.</p>	<p>De acuerdo a esta categoría, se pudo evidenciar según las entrevistas realizadas a los familiares del paciente, que las dificultades fueron muchas, no solo a nivel físico por la condición del paciente, sino</p>
	<p>P2. Según las palabras del mismo medico teníamos que luchar con un niño grande, eso no nos impidió para nada permitir que ese muchacho pudiera salir adelante.</p>	<p>también emocional por parte de la familia, sin embargo, siempre hubo un acompañamiento por parte de la</p>
<p>2. ¿De qué forma participa en el proceso terapéutico para la recuperación de su familiar?</p>	<p>P1. La participación mía fue constante, a diario, como esposa en el momento, fui la única persona que estuvo en cada momento de él a diario en el hospital, a diario en el proceso que tuvo siempre estuve al lado de él.</p>	<p>pareja en ese momento y de la madre de la esposa, quienes fueron las personas que se hicieron cargo del individuo tan pronto salió del hospital, es decir, eran ellas los cuidadores</p>
	<p>P2. La participación mía fue muy de lleno porque fui una de las personas que más luchó con él, de tenerlo que lidiar, tuvimos que empezar a enseñarlo desde caminar hasta hablar, yo lo ayudaba a</p>	<p>primarios; siempre se enfrentaron a todas las dificultades que surgían y le daban a el familiar toda la ayuda y todo el apoyo que en</p>

	<p>caminar, prendido de las paredes, a hacer ejercicios, llevándolo a unas terapias diariamente.</p>	<p>ese momento él necesitaba; se evidencia la resiliencia por parte de ellas, debido a que lograron sobreponerse a la adversidad del momento, afrontarlo, y poder salir de ello.</p>
<p>3. ¿Considera que fue importante su apoyo y el de su familia para la recuperación del paciente? ¿Por qué?</p>	<p>P1. Creo que sí fue bastante importante porque yo sabía que en su interior al escucharme en cada momento en cada segundo que yo estaba ahí para él eso fue importante.</p>	
	<p>P2. Claro que si considero que fue importante porque era una persona muy valiosa para nosotros y siguió siendo una persona muy valiosa para nosotros porque nos dio mucha satisfacción poder estar al lado de él para esa recuperación que él tuvo.</p>	
<p>4. ¿Qué recomendaciones hace para las familias que han pasado por un evento similar?</p>	<p>P1. Sé que es muy importante la familia, sobre todo si hay una pareja, es importantísimo hacerle saber que no importa lo que suceda más adelante hay que seguir adelante y que pase lo que pase hacerle saber que uno está ahí, el apoyo para esa persona.</p>	

	<p>P2. Yo les recomiendo a esas familias de que no se echen para atrás que no hagan esas personas también echen para atrás que más bien las ayuden, las motiven , les colaboren en lo más que puedan porque son seres humanos y tenemos derecho a tener recuperaciones.</p>	
<p>Independencia y Autonomía</p>	<p>1. ¿Cómo era su relación con el paciente antes de sufrir el accidente y como es ahora?</p> <p>P1. Éramos una pareja bonita, comprensiva, fue una persona, un hombre muy correcto, muy especial en todo lo suyo, hoy en día llevamos una relación de buenos amigos, él me cuenta cosas cuando tenemos la oportunidad de vernos, él laboraba, estudiaba, había terminado sus estudios secundarios, tenía mucho proyectos para seguir carrera, ser profesional, fue una persona muy inteligente, hoy en día lo poco que ha aprendido, lo hace con dificultad pero lo hace.</p> <p>P2. Era muy hermosa, porque era un muchacho que para nosotros fue una gran</p>	<p>Se manifiesta según el relato de las dos entrevistadas, que el individuo era una persona muy independiente, con proyecciones, laboraba, era atento, respetuoso, cariñoso, afectuoso, con suficiente autonomía de hacer las cosas por sí mismo, sin embargo, debido al accidente, pierde la autonomía para tomar decisiones respecto a su vida personal y financiera, además se genera una limitación para retomar actividades laborales,</p>

persona, él era muy amoroso, muy puesto que su condición no le permitía asumir un contrato laboral, así mismo se evidencia que es igual, porque el afecto de él hacía que sus facultades cotidianas nosotros no le cambió, él quedo con una logra llevarlas a cabo por sus especie de desobediencia, de capricho propios medios. pero es entendible.

2. ¿A lo largo de estos casi 22 años que han pasado después del accidente, como ha sido la vida del paciente?

P1. Ha sido una vida tranquila, se volvió una persona sedentaria en su casa tranquilo y ayuda en sus quehaceres de la casa, ayuda en la finca donde vive hoy en día, a eso él lo hace útil, pero no comparado a lo que él era.

P2. Él se ha podido defender muy poco, porque para él ha sido muy duro, ha sido muy difícil porque no fue una persona que no pudo volver a trabajar, ni a tener diálogos estables con las personas, él ha necesitado siempre de mucho apoyo de las demás personas.

3. ¿El paciente se desenvuelve en la vida cotidiana con ayuda o

P1. Muchas cosas las hace por medio propio, pero otras cosas no en realidad,

tiene la capacidad suficiente de realizar sus actividades por sus propios medios? como por ejemplo salir solo, ir a rutinas de médico, ir a hacer alguna diligencia de un banco o algo siempre es con la mamá quién es la tutora hoy en día.

P2. El actualmente si necesita un poco de ayuda, en las actividades cotidianas si las hace por sí mismo , ya no depende de terceras personas como al principio cuando presentó el accidente.

1. ¿De qué forma vivió el proceso durante la estadía del paciente en el hospital?

P1. La estadía fue constante, a diario, todo el proceso de él yo estuve ahí, sentía angustia, desespero, entrega y con ayuda de Dios pude enfrentar y soportar todas las angustias que viví, lo que hice fue salir adelante.

La percepción que tenían los familiares era de mucha angustia y desespero, pues las condiciones o limitaciones que presentaba el individuo generaban una carga emocional

Percepción

P2. Para nosotros fue muy angustiioso, para mí él era casi como un hijo, fue muy duro verlo en las condiciones que quedó y la forma en que tuvimos que empezar esa recuperación con él para que llegara a ser lo que es hoy en día.

bastante fuerte de asumir, sin embargo, la dedicación por parte de la esposa fue notoria, en cuanto a motivación y el compromiso que ella sentía por y con él, eso permitió que

2. ¿Cómo fueron los primeros

P1. Fueron desesperantes, fue bastante

generará un buen proceso de

meses de recuperación en casa con el paciente? desesperante, porque es difícil porque uno no está preparado para eso, supe llevar las cosas y supe enfrentar eso. percepción logrando así estrategias de afrontamiento acordes a la situación.

P2. Fueron un poco duros porque había que luchar mucho con él tanto para vestirlo, como para darle de comer.

3. ¿Cuál era su aporte desde su rol para la recuperación desde casa? P1. Mucho cuidado, mucha atención, mucha comunicación, estar al pendiente, cada cita, el control, la medicina, el tiempo que yo le dedique fue lo más importante para él.

P2. Mi aporte era poder facilitarle alimento, facilitarle la ayuda a mi hija para que lo visitara, para que estuviera pendiente también de él.

4. ¿Qué capacidades físicas y mentales pierde el paciente tras sufrir el accidente? P1. En cuestión de físicas perdió la movilidad de caminar, mentalmente el olvido de toda su vida anterior y lo difícil que era para él entender quiénes éramos las personas que estábamos alrededor, pero poco a poco se fue manejando esa situación, la comunicación también él la

pierde, solo pronunciaba una palabra, con esa palabra él se refería a todo, que también uno aprendió a entenderlo para que también él de pronto no le fuera más difícil y no sintiera molestia porque se llenaba de ira porque no era entendido.

P2. Él perdió su movilidad, nos lo entregaron en silla de ruedas, al igual que parte de su cerebro, porque él no entendía, el no conocía nada, no se le veía un mejoramiento en ese momento.

5. ¿Hoy en día, que cambios ha presentado el paciente a raíz del accidente?

P1. En lo personal cambio mucho porque él era un hombre muy orgulloso, él era vanidoso, él se creía importante, era excelente persona, bueno, todavía lo es, hoy en día él es más tranquilo, más relajado, como más sencillo, y siempre ha tenido sus dificultades, hace poco estuvo enfermito, le dan cosas que lo afectan mucho y lo deterioran por momentos.

P2. Él es otra persona, él ya no puede actuar igual, él ya no puede entablar

diálogos normales con otra persona, él de pronto se le dificultad reconocer una persona que la conocía desde antes.

Tabla 3. Matriz Historia de Vida

CATEGORÍA	RESPUESTA	ANÁLISIS
Motivación	P1. Era tranquilo pasivo, no era de problemas, con mi familia fui llevadero, después de un tiempo del accidente logro abrir los ojos y me doy cuenta que ya no soy la misma persona, empieza un proceso largo para mí, de yo mismo tener paciencia, fue un proceso largo y difícil, para mí lo más importante fue haberlos tenido a ellos en el momento, porque me brindaron apoyo y me daban un ambiente tranquilo para yo sentirme bien, para poder yo salir adelante, para entender quién soy yo hoy en día, sin embargo mejore mucho gracias a toda la recuperación, cuando empecé a vivir con mi mamá ya no iba más a terapias, y tampoco mi mamá me hacía en casa ningún ejercicio, todo lo empecé a hacer yo solo, se andar cicla, también se tallar en madera, a veces lo hago, porque me gusta.	El proceso resiliente del individuo ha sido notorio debido a la capacidad de afrontar la situación a pesar de no comprender lo que le estaba sucediendo, resalta en esta categoría la importancia de contar con el apoyo familiar, en especial el de su esposa, sin embargo su proceso de recuperación se detiene, debido a que no se le practican más terapias, pero el compromiso y la motivación propia lo lleva a intentar las cosas por sí solo.

Independencia y Autonomía	<p>P1. Yo era una persona muy capaz, de proyectos de vida, de trabajo, de estudios, fui la cabeza del hogar de mi madre, le ayudaba mucho a mi mamá a mis hermanos, fui emprendedor en ese entonces, conocí una mujer que nos enamoramos, nos casamos, empezar una nueva vida, que ni yo mismo sabía lo que en realidad iba a suceder, fui una persona que después del accidente quedé a la merced de otras, tuve que esperar de las personas que tenía a mi alrededor para que me ayudaran, tuve mucho apoyo de mi esposa y la familia de mi esposa, quienes me ayudaban con las terapias en la casa y me llevaban al hospital cuando lo necesitaba, también tuve el apoyo de mis hermanos y mi madre, no soy una persona completa, en algunas cosas me ayudan otras personas por ejemplo en lo económico, pero yo puedo hacer las cosas personales solo, como comer, bañarme y todas esas cosas, me gusta agarrar un librito e intentar leer, intento escribir, se me dificulta pero lo hago</p>	<p>En un principio el sujeto cumple un papel fundamental dentro de su familia, debido a que era la cabeza principal, quien aportaba económicamente al hogar de su madre, así mismo lo hacía en el momento en que conformó su hogar, debido al accidente esa independencia que poseía se vio afectada y empieza a estar sujeto a la voluntad de otros, no solo por su condición física que lo limitaba para laborar, sino también por las dificultades cognitivas que presentaba.</p>
Percepción	<p>P1. Tuve muchos amigos, muchas personas que estuvieron a mi alrededor, realizamos muchas cosas juntos, proyectos, sueños juntos, la relación fue corta, hasta el momento en que sucedió el accidente, hay</p>	<p>Era un individuo con una percepción positiva de sí mismo, con un alta autoestima, carismático y con un proyecto de vida establecido, beneficiándose así mismo con cada una de las</p>

<p>cambio toda mi vida, todos mis proyectos, y después de eso a vivir otra nueva vida, después de eso fue mucho lo que sucedió para mi vida, para mi familia, para mi esposa en ese momento, todo se quedó estancado, en mi enfermedad fue poco lo que pude aportar, no comprendía, no entendía lo que me estaba pasando, porque estaba así, que era lo que había pasado, fueron largas noches de angustia, dolor, pena, desespero, de tristezas, es poco lo que yo sé leer o escribir, sobre el arte que yo aprendí de joven de pronto lo hago pero las personas que están a mi alrededor sienten temor de que de pronto me pueda suceder algo, porque no estoy en capacidad físicamente de cuidarme de algún peligro, con lo único que me entretengo es con mi celular, viendo videos, y con los animales de la finca en la que vivo actualmente, aunque a veces me siento aburrido.</p>	<p>acciones que hacía, contaba con un entorno confortable, de mucho apoyo y motivación para continuar con su vida, lo incentivaban realizándole los ejercicios y demostrándole que él podía realizarlo, eso generó en él un proceso de resiliencia, que permitió que en el transcurso de los años la recuperación fuera notoria.</p>
--	--

Tabla 4. Matriz por Categorías

Motivación	Independencia Y Autonomía	Percepción
<p>Respecto a la indagación realizada mediante las técnicas de recolección de datos, se logró evidenciar que tanto para el paciente como para la familia, fue fundamental el aporte motivacional dado al proceso terapéutico, esto se contrastada con la información obtenida con los profesionales del grupo focal, quienes aseguran que para cada uno de ellos es de vital importancia la participación que tenga la familia con el paciente, pues garantiza un estado adecuado de bienestar emocional en el individuo, propiciando así la iniciativa , constancia y seguridad frente al proceso de rehabilitación.</p>	<p>Para los profesionales de la salud es importante que la familia sea un apoyo para él individuo siempre y cuando no se cree una dependencia a la asistencia por parte del cuidador, teniendo en cuenta que esto puede ocasionar un atraso en el proceso de recuperación, dificultando que la persona toma la iniciativa para desarrollar las diferentes actividades de la vida cotidiana.</p>	<p>Frente al proceso el paciente reconoce la importancia que tuvo la familia en la recuperación, pues afirma que hubiese sido difícil la rehabilitación debido a las lesiones que presentó a raíz del accidente , las cuales generaban sentimientos de minusvalías, tristeza, vergüenza y frustración., al no ser capaz de recordar y valerse por si mismo.</p>

Tabla 5. Matriz Triangulación de Datos

Grupo Focal	Entrevista Semi – Estructurada	Historia de Vida
Los hallazgos de la entrevista al grupo	Para los familiares del paciente que	Según lo manifestado por el individuo, su

focal, llevan a concluir que para cada uno de los profesionales es de suma importancia hacer partícipes a los familiares o cuidadores del paciente dentro del proceso terapéutico de rehabilitación, no solo para pacientes con trauma craneoencefálico, sino para todo tipo de pacientes que presenten alguna limitación o condición que les impida el desarrollo normal de sus vidas cotidianas.

hicieron el papel de cuidadores primarios, fue esencial el apoyo y la motivación que le ofrecieron al individuo para que lograra alcanzar una adecuada recuperación generando un proceso de reconocimiento de sí mismo y de la situación para que afrontara con toda disposición su rehabilitación.

situación fue difícil por todas las limitaciones que se presentaran a raíz del accidente, sin embargo su proceso de recuperación se hizo posible, no solo por su capacidad de sobreponerse a la situación sino por el compromiso, dedicación y motivación que tuvo por parte de su familia.

Análisis de Resultados

Cuando se presenta algún tipo de accidente que genera una limitación a nivel físico y cerebral en un individuo se evidencia las diferentes afectaciones en el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana como lo son las del autocuidado, alimentación, laborales y de ocio; como se evidencia en este caso el individuo a raíz del accidente, pierde sus facultades tanto motrices como intelectuales, generando una dependencia a su cuidador primario, quien es el encargado de satisfacer todas sus necesidades básicas, además de motivarlo, cuidarlo, proporcionarle amor y comprensión, siendo su principal red de apoyo durante el proceso de rehabilitación.

Un individuo con un proyecto de vida establecido, económicamente estable, independiente, con alta autoestima y con metas por cumplir que se ve afectado por un suceso inesperado, que cambia de un momento a otro el curso de su vida, iniciándose un conflicto interno de reconocimiento de sí mismo, comprensión de la situación, adaptación al medio, en donde aparecen sentimientos encontrados, como tristeza, enojo, desespero, frustración, vergüenza y una serie de pensamientos negativos sobre sí mismo y su situación en ese momento.

En el transcurrir de los días él comienza a evidenciar el apoyo que le generan sus cuidadores y los médicos en su estadía hospitalaria, en donde cada una de las verbalizaciones positivas frente al proceso de recuperación, modificaban las percepciones negativas que tenía el individuo frente a su contexto, contando con un personal asistencial que le proporcionaba todas las facilidades de un apoyo terapéutico interdisciplinario.

El proceso resiliente de este caso, se evidencia en un primer momento en los cuidadores primarios, quienes asumen una postura responsable y de compromiso con el proceso terapéutico no solo en el hospital sino en casa, que le permite al individuo ser consciente de su condición para iniciar su propio proceso de resiliencia, a pesar de que en muchas ocasiones los cuidadores se sentían frustrados y cansados, por la diferentes cargas, no solo del cuidado del paciente sino esas cargas individuales, aislaban esos

sentimientos para generar un ambiente confortable tanto para el individuo como para ellos, beneficiando su progreso que se fue evidenciando en el transcurrir del tiempo.

Como se menciona anteriormente se generan dificultades por parte de los cuidadores primarios o de los familiares a cargo, que a nivel terapéutico, los profesionales resaltan son perjudiciales para el proceso de rehabilitación del sujeto, tales dificultades son: la sobrevaloración del proceso y de los expertos, desinterés, poco compromiso, constancia y consistencia que según los terapeutas son los más comunes en estas situaciones, sin embargo en este caso, los cuidadores asumen como ya se mencionaba una postura de aceptación y avance frente a la situación; durante el proceso de más de tres años de terapias el individuo logra alcanzar un nivel alto de recuperación donde logra adquirir la independencia en sus procesos cotidianos tales como comer, ducharse, vestirse, entre otros, sin embargo esta recuperación se ve afectada cuando se separa de su cuidador primario quien le proporcionaba todo el apoyo emocional o afectivo y terapéutico que necesitaba; al no contar con esa motivación él opta por seguir el proceso por sí mismo, hasta el día de hoy, el paciente se empeña en adquirir de nuevo los conocimientos que perdió tras el accidente, sin embargo, se le dificulta, debido a que no posee un acompañamiento ni familiar, ni terapéutico.

Aquí se puede evidenciar lo que mencionan los profesionales de la salud participantes del grupo focal quienes afirman que para cada uno de ellos, desde sus profesiones es fundamental el apoyo y compromiso de la familia o del cuidador primario con las terapias del paciente, puesto que son, no solo un puente de comunicación tanto para el paciente como para el terapeuta, sino que además, son quienes logran motivar emocionalmente al individuo para que se sienta lo suficientemente comprendido y protegido en la realización de toda la rehabilitación.

Es de resaltar que el tener un apoyo por parte de la familia o de los cuidadores, no implica generar una dependencia del paciente hacia el cuidador, puesto que esto de una u otra forma retrasa la recuperación, y forma una sobreprotección por parte del cuidador el cual va a impedir que se vaya dando una independencia y una autonomía para con el tratamiento.

Ahora bien, es importante destacar que desde la perspectiva de los cuidadores primarios del paciente, fue fundamental todo el apoyo que a diario le generaban, tanto en la estadía hospitalaria, como en su proceso desde casa, aseguran que debido a la limitación con la que quedó el individuo, hubiese sido demasiado difícil una recuperación sino tuviese una persona que lo ayudara en sus traslados a las terapias, su alimentación, su cuidado personal y sobre todo que le generara un ambiente emocionalmente positivo; esto se comprueba con la historia de vida del sujeto, pues allí relata la importancia y el beneficio que tuvo su recuperación al contar con el apoyo familiar y los cuidados de su esposa, quien ese momento hacia el papel de cuidadora primaria.

Durante los cuatro años de rehabilitación que tiene el paciente, logra recibir terapias desde las diferentes áreas, como lo fueron fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional y psicología, que le permitieron recuperar su funcionalidad a nivel físico y cognitivo en un 80%, cada una de las sesiones terapéuticas eran reforzadas en casa por parte de su cuidador primario, quién se encargaba de cumplir al pie de la letra cada una de las indicaciones dada por los especialistas; esto logra marcar la diferencia en su recuperación, pues afirman los terapeutas, que la dedicación que le den a las terapias en casa diferencian a los pacientes que logran recuperarse, con los pacientes que no reciben ese nivel de compromiso y su recuperación es mínima o casi nula.

Es imprescindible resaltar que en este caso se contó con una triada terapéutica, que permitió la indagación, verificación y comprobación de la información obtenida por parte del sujeto y de sus cuidadores, con la postura de los terapeutas que fueron partícipes de la investigación, cada uno de ellos juega un papel fundamental en todo el proceso rehabilitador pues desde las terapias se logra una recuperación física y cognitiva, desde lo familiar se genera apoyo y motivación y el paciente aporta desde su resiliencia el compromiso para avanzar en el curso terapéutico.

Para finalizar, cabe mencionar que la información recolectada y mencionada anteriormente no solo es para las personas que presentan un trauma craneoencefálico, sino para todas aquellas que cuya condición les presente una limitación para

desenvolverse en la vida cotidiana con normalidad, de la misma forma, para aquellas personas que están pasando por una enfermedad crónica, incluso para los individuos que presentan algún tipo de trastorno; el apoyo familiar, la motivación, la comprensión y el compromiso que asuman cada uno de ellos, en especial los cuidadores primarios puede beneficiar no solo la salud del paciente, sino la de todo su entorno, tanto familiar, como social y laboral, pues según lo investigado permite, con la ayuda terapéutica una recuperación de las facultades motrices, intelectuales y emocionales que posiblemente pudo haber perdido el individuo.

Discusión de Resultados

En el presente trabajo de investigación se desarrolló el tema “Importancia de las redes de apoyo en la recuperación de un paciente con trauma craneoencefálico” para la cual se hizo énfasis en los cuidadores primarios, familia y los terapeutas como redes de apoyo, el valor de la investigación radica en describir la importancia que tienen estas redes de apoyo en la recuperación de dicho paciente, se realiza un estudio de caso, con la participación del individuo el cual sufrió el trauma, su esposa en ese momento y la madre de la esposa, quienes fueron los sujetos de investigación.

Frente al tema, no se puede desconocer que es una problemática mundial, y que en los últimos años se han incrementado los casos de traumatismos craneoencefálicos (TCE) en Colombia, en donde se vienen presentando 200 casos por cada 100 mil habitantes, siendo la mayoría hombres en edades que oscilan entre los 12 y 45 años, (Universidad de la Sabana, 2017). De ellos, 70% logra recuperarse, 9% mueren antes de llegar al hospital, 6% fallece cuando están hospitalizados y 15% quedan con secuelas moderadas, graves y hasta en estado vegetativo, de acuerdo al estudio realizado por la Universidad de la Sabana, (Febrero, 2017).

Como se menciona en el anterior estudio, las secuelas pueden ser de moderadas, a graves e incluso dejar al paciente en estado vegetativo; en el presente estudio de caso, las secuelas que presentó el paciente fueron consideradas graves, teniendo un diagnóstico médico de más posibilidades de morir que de salvarse y que si lograba hacerlo, podía quedar en estado vegetativo, un diagnóstico desalentador para la familia y para el mismo paciente.

Después de un TCE son sobre todo las deficiencias y las discapacidades sobre el plano físico las que son más aparentes. Éstas se manifiestan sobre todo en el sistema motor, pérdidas sensoriales u otros problemas conexos.

Los daños motores son sobre todo evidentes en los momentos posteriores al accidente. Pero al mismo tiempo la recuperación es la mayoría de las veces satisfactoria y las dificultades motoras se resuelven poco a poco. Es posible, no obstante, que en los casos más graves algunas secuelas sean permanentes. La persona debe, pues, adaptarse

según las necesidades y utilizar ayudas técnicas (ortopedia, silla de ruedas) para compensar la función perdida o dañada (Sociales, 2000).

Los daños motores que presentó el individuo de este estudio de caso, hacían referencia a condiciones de invalidez, e inmovilidad de su extremidad superior derecha, imposibilitándolo en la realización de sus actividades de la vida cotidiana como lo son las del autocuidado, alimentación, laborales y de ocio, las cuales eran suministradas por su cuidador primario.

Lo que hace diferente sobre todo a un TCE de otro tipo de heridas causadas por los accidentes de carretera es el hecho de que además de estar afectado en el área física también lo está en el área cognitiva o intelectual. En efecto, los que han sufrido un traumatismo tienen problemas de atención, concentración u otros problemas de memoria y dificultad en resolver los problemas de la vida corriente. Algunas veces, incluso si no están dañadas sus funciones motrices, la persona es incapaz de ejecutar ciertas funciones: hablamos entonces de la apraxia. En estos casos no se podrá vestir, preparar una comida, etc. Además de los problemas de motricidad de la palabra podemos observar dificultades en las funciones expresivas o dificultades en comunicar la información recibida y tratada. Estas dificultades expresivas se manifiestan en el momento de hablar (afasia), de leer, de escribir, de contar, de dibujar o hacer gestos o mímica, (Sociales, 2000).

En el caso del individuo de este estudio de caso, se presenta trastorno del lenguaje, pérdida de la audición, amnesia postraumática y prosopagnosia, dificultándole el reconocimiento de sí mismo y de su entorno, tanto familiar, como social y laboral, así mismo le impide la comunicación verbal y escrita, y el reconocimiento de las personas que lo rodeaban.

La intervención terapéutica juega un papel fundamental en la recuperación de este tipo de lesiones, pues permite que desde las diferentes áreas de la salud, como lo son fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología entre otras, le generen la debida atención a las limitaciones o la condición que pueda estar presentando el individuo; para este estudio de caso se contó con la participación de un grupo focal conformado por los profesionales anteriormente mencionados, los cuales resaltan la

importancia de una atención temprana y oportuna para minimizar las secuelas que pueda dejar el traumatismo.

Desde la teoría se puede evidenciar que cada área enfatiza en una parte de la rehabilitación; El tratamiento fisioterápico de los pacientes con daño cerebral adquirido se fundamenta en la comprensión y manejo del cuerpo como una unidad funcional y de la patología como una respuesta orgánica global, variable e individual, en función de factores tales como: Etiología lesional; Áreas lesionadas; Magnitud de la lesión; Puntuación en la escala de Glasgow y tiempo de permanencia en coma; Alteraciones cognitivas que influyen en el proceso de reaprendizaje motor; Situación premórbida del paciente en su más amplia dimensión; Interpretación y manejo que desde el momento inicial de la lesión, se realiza de la problemática individual del paciente, (Hernando & Useros, 2007); El pronóstico desde terapia ocupacional es ofrecer los conocimientos y herramientas para restaurar las capacidades y funciones que se han perdido o deteriorado y ayudar a restablecer el proceso persona-tarea-entorno que determinará un desempeño ocupacional óptimo en sus actividades de la Vida Diaria (AVD), siendo el fin último la reinserción social y /o laboral así como una mayor calidad de vida, (Lizarralde Múgica, 2014); Entre las intervenciones psicológicas que tienen una mayor aplicación con los pacientes con Traumatismo Craneoencefálico se ha encontrado la de tipo Cognitivo – Conductual. Diferentes son los estudios que han demostrado su eficacia (Tiersky et al., 2005; Anson y Ponsford 2006; Simpson, Tate, Whiting y Cotter 2011; Ashman, Cantor, Tsaousides, Spielman y Gordon 2014; D’Antonio, Tsaousides, Spielman y Gordon 2013).

Asimismo, como evidencian las investigaciones recientes el Traumatismo Craneoencefálico no afecta solo el sujeto que lo padece, sino que altera también su entorno familiar. El soporte familiar tiene, de hecho, una gran influencia sobre la capacidad del paciente de ajustarse y recuperarse después de un Traumatismo Craneoencefálico, además de representar un óptimo aliado para que las estrategias de afrontamiento aprendidas durante las intervenciones psicológicas sean mantenidas en el tiempo (Anson y Ponsford, 2006). Por esa razón, un enfoque psicoterapéutico como lo es de tipo Sistémico – Familiar pueden intervenir, no solo en relación a las secuelas

cognitivas, emocionales y conductuales que el paciente presenta, sino también en reequilibrar su entorno familiar (Wiart et al., 2012), (Guarino, 2017).

Por último y no menos importante encontramos la intervención desde el área de fonoaudiología, los problemas del lenguaje que pueden aparecer como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico se dan principalmente en la Pragmática, en cuanto a la capacidad de uso del lenguaje en contexto y en interacción con distintos interlocutores. Frecuentemente, aunque tengan cierta fluidez verbal, su uso se realiza fuera de contexto, les cuesta respetar los turnos de participación o adoptar una actitud de diálogo en relación al tema de conversación.

En caso de que presenten lesiones focales que afecten áreas cerebrales implicadas en el lenguaje, pueden aparecer problemas en la comprensión, expresión, articulación, voz, prosodia, repetición, denominación, lectura o escritura. Las alteraciones del lenguaje y la comunicación afectarán de manera específica a cada paciente y precisarán un enfoque terapéutico adaptado a cada uno, (García , 2011).

Como se evidencia teóricamente las intervenciones terapéuticas manejan protocolos de atención, sin embargo, en lo resaltado por el grupo focal participante de la investigación, no solo es necesario la aplicación de técnicas terapéuticas para la recuperación de un paciente, sino también, es fundamental el apoyo y la motivación que reciban por parte de sus familiares, y que se hagan partícipes de la rehabilitación, puesto que como se menciona en el análisis de resultados, la familia son un puente de comunicación tanto para el paciente como para el profesional, así pues facilitan la intervención, generándole al individuo una estimulación, una protección y una comprensión para afrontar positivamente su limitación.

Esto se pudo comprobar con la historia de vida del paciente, donde relata que su familia fue importante y lo motivó para lograr una recuperación, pues le generaban un ambiente tranquilo y lo ayudaban con sus terapias; además, su familia, en especial sus cuidadores primarios, aseguran que según la condición en la que quedó el paciente, hubiese sido casi imposible una recuperación sino tuviese el apoyo de cada uno de ellos, ya que le facilitaban el traslado a las terapias, cubrían sus necesidades básicas, realizaban el seguimiento terapéutico en casa y le daban un apoyo moral y emocional al individuo.

Lo anteriormente se puede comprobar según la teoría que afirma que, un enfermo crónico necesita a una persona que le acompañe en sus labores y le brinde asistencia básica en todo momento; este es denominado cuidador. En su mayoría, posee un vínculo familiar, un lazo afectivo de compromiso, es quien se apropia de la responsabilidad del cuidado, participando, asumiendo decisiones y conductas acerca de la persona cuidada. Pinto y Sánchez (2002) describen como resultado de sus investigaciones que un cuidador es el miembro de una familia o grupo social que asume la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo, (Barrera Ortiz, Pinto Afanador , Carrillo G., & Chaparro Díaz, 2010).

Es quien representa una solución ante la necesidad de atender a la persona enferma, sin que se haya llegado, en muchos casos, a acuerdo explícito entre los miembros de la familia.

El cuidador tiene que modificar su vida para asumir tareas especiales, generando con frecuencia sobrecargas, preocupaciones y estrés, dados por la responsabilidad de cuidar a otra persona, dependiente en los aspectos de la vida diaria, y por tener que enfrentar la toma constante de decisiones que afectan la propia existencia y la del ser querido. En conclusión, es en quien recae el compromiso, moral e ineludible, de velar por su pariente o amigo enfermo, (Barrera Ortiz, Pinto Afanador , Carrillo G., & Chaparro Díaz, 2010).

Finalmente, lo citado teóricamente en la investigación se pudo comprobar con la información recolectada con las técnicas que sirvieron de instrumento de recolección de datos para el cumplimiento de los objetivos planteados al inicio de la misma.

Conclusiones

Del presente trabajo de investigación se pudo concluir que:

La influencia generada por las redes de apoyo se evidenció en el compromiso dado por los cuidadores primarios quienes se encargaron de cumplir al pie de la letra las indicaciones dadas por los terapeutas para la realización de los ejercicios y actividades, las cuales mejoraron la condición del paciente, ya que permitieron la recuperación de su capacidad psicomotora, tanto de movilidad, como de lenguaje, audición y reconocimiento facial.

Según el análisis realizado a la entrevista del grupo focal, se pudo concluir que la participación de la familia es de vital importancia no solo en la recuperación física sino también en la emocional y motivacional, así mismo en la recuperación de recuerdos y reconocimiento de sí mismo, resaltando que no solo dicha intervención se hace en la estadía hospitalaria, sino también, en el proceso terapéutico y luego de ello.

En el análisis de resultados se pudo evidenciar la relevancia que tiene la familia, en especial los cuidadores primarios dentro del proceso terapéutico, para la recuperación de pacientes con traumatismo craneoencefálico, en específico en el sujeto de investigación, que según lo evidenciado en la historia de vida, fue fundamental el apoyo generado por dichas personas.

Gracias a la investigación realizada se pudo determinar la importancia de las redes de apoyo en la recuperación del paciente y se logró establecer que: es fundamental el seguimiento de las actividades y ejercicios establecidos por los terapeutas dentro de las sesiones en casa, pues incentiva y aumenta las posibilidades de una rehabilitación en un lapso de tiempo menor al del establecido; la familia, además de ser quienes satisfacen las necesidades básicas del individuo en el desarrollo, proporcionan valores, creencias, sentido de pertenencia, amor propio y por los demás, son quienes generan un ambiente de apoyo, motivación y sentimientos positivos frente a situaciones difíciles que pueda estar presentando la persona, por eso es necesario que se haga un debido

acompañamiento y se estimule, no solo físicamente, sino emocionalmente al individuo que lo necesite; además, es necesario que se haga un seguimiento psicológico en la familia, pues así permite mantener la salud mental de dichos integrantes y genera estabilidad tanto en ellos como en el individuo que requiera los cuidados.

Finalmente se logra con toda la investigación crear un aporte teórico para futuros trabajos investigativos y en especial establecer indicaciones para las familias que puedan estar presentando una situación igual o similar a la del sujeto de investigación.

Recomendaciones

Se recomienda ahondar en el tema con el fin de generar futuras investigaciones que puedan establecer una guía práctica desde psicología direccionada a las familias de pacientes que presenten un traumatismo craneoencefálico, con el fin de facilitar la intervención desde casa y resaltarles la importancia que tienen cada uno de ellos en el proceso terapéutico.

Realizar un estudio comparativo con pacientes que presenten una recuperación mínima y una recuperación avanzada con el fin de evidenciar que factores fueron influyentes en dicha rehabilitación y establecer si es o no importante la familia en dicho proceso.

Desde el área terapéutica y familiar indagada en la investigación se dan recomendaciones tales como: el apoyo incondicional al paciente, la motivación, el amor, la constancia, la persistencia y la entrega de la familia y de los cuidadores primarios a aquellos pacientes que presenten una condición limitante o que estén pasando por cualquier tipo de enfermedad que les genere bien sea una limitación física o emocional.

Referencias

- A, G. *et al.* (2010) 'Programa clínico de telerrehabilitación cognitiva en el traumatismo craneoencefálico Clinical program of cognitive telerrehabilitation for traumatic brain injury', *Trauma*, 21, pp. 58–63.
- Abad, M. (2009) 'Trauma Craneoencefalico En El Hospital Isidro Ayora De La Ciudad De Loja', p. 64.
- Abella, M., Altamirano, L. and Ángeles, D. (2008) 'Fisiopatología del traumatismo craneoencefálico', *New.Medigraphic.Com*, 39(Supl 3), pp. 78–84. Available at: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=6827>.
- Antigua, L. (2017) 'Repercusión social en la persona con traumatismo craneoencefálico', 25(2), pp. 133–138.
- AnimaTEA, E. (11 de 06 de 2015). *Autismo ABA Sistemica* . Obtenido de http://www.animatea.cat/Blog_El_Modelo_Sistemico.html
- Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los Familiares de Pacientes Criticos Hospitalizados Respecto a la Comunicación y Apoyo Emocional. *Revista Cuidarte* , 1297-1309.
- Barrera Ortiz, L., Pinto Afanador , N., Carrillo G., G. M., & Chaparro Díaz, L. (2010). *Cuidando a los Cuidadores Familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Bohórquez de Figueroa, A. Z., Espinosa Narvárez , J. C., Turizo Castillejo, J. J., & Guampe Bayona, L. (Julio 2012). Afrontamiento Familiar Frente a las Secuelas generadas en Pacientes que Sufrieron Trauma Craneoencefálico (TCE) . *Ciencia y Cuidado*, 79-87.
- Cabrera, A. *et al.* (2009) 'Traumatismo craneoencefálico severo', *Rev Aso Mex Med Crit y Ter Int*, 23(2), pp. 94–101. Available at: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2009/ti092g.pdf>.
- Cáceres Rodríguez , D., Montoya Camargo , Z., & Ruiz Hurtado , A. (2003). Intervención Psicosocial Para El Incremento De La Calidad De Vida En Pacientes Con Trauma Craneoencefálico Moderado a Severo . *Revista Colombiana de Psicología* , 60-72.

- Cáceres Rodríguez , D., Montoya Camargo , Z., & Ruiz Hurtado , A. (2003). INTERVENCION PSICOSOCIAL PARA EL INCREMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO MODERADO A SEVERO. *Revista Colombiana de Psicología* , 60-72.
- Carvajal Castrillón , J., Henao A., E., Uribe P., C., Giraldo C., M., & Lopera R., F. (2009). Rehabilitación Cognitiva en un Caso de Alteraciones Neuropsicológicas y Funcionales por Traumatismo Craneoencefálico Severo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 52-63.
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (23 de 11 de 2018). *Colsip*. Obtenido de <http://colpsic.org.co/productos-y-servicios/campo-psicologia-clinica/85>
- Colombia, C. *et al.* (2003) ‘Revista Colombiana de Psicología’.
- Cordero, N. Q. *et al.* (2006) ‘Traumatismo craneoencefálico: Estudio de cinco años’, *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35(2).
- Chárriez Cordero , M. (Diciembre, 2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, Volumen 5, Número. 1 , p. 50-67.
- D, G. H. S. M. (2005) ‘Trauma Craneoencefálico Severo: Parte I’, 2(Figura 2), pp. 107–148. doi: 10.5413/mrhc.2005.27.48.
- Espinal I. Gimeno A. Gonzales F. (2006) ‘El enfoque Sistémico en los Estudios sobre la Familia’, *Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda*, (1), pp. 1–14. Available at: http://www.uv.es/jugar2/EnfoqueSistemico.pdf%5Cnhttp://www.gaiasconsultores.com/manuales/2013_11_22_18_50_06.pdf.
- EU, P. e. (10 de 09 de 2016). *Gabinete Psicológico en Madrid Capital* . Obtenido de <http://psicologosenmadrid.eu/teoria-general-de-sistemas-de-von-bertalanffy/>
- Familiar, I. C. (2013). *LA FAMILIA, EL ENTORNO PROTECTOR DE NUESTROS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COLOMBIANOS*. Bogotá: Procesos Digitales S.A.S.
- Fernández Jiménez , C. (1999). *Ciclos Vitales En la Relaciones de Pareja* . España: Editorial de la Universidad de Granada .

- Fernández Gómez , E., Ruiz Sancho , A., & Sánchez Cabeza , Á. (2009). Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido . *TOG (A Coruña) (Revista en Internet)*, 410-464.
- Folleco Eraso, J. A. (2015). Diagnóstico y rehabilitación neuropsicológica de los traumatismos craneoencefálicos. Una necesidad por atender en Colombia. *Tesis Psicológica* , 86-103.
- Forenses, I. N. de-M. L. y C. (2017) ‘Comportamiento de las muertes y lesiones en accidentes de transporte. Colombia, año 2016.’, *Forensis*, (1), p. 649. doi: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/4023454/Forensis+2016+-+Datos+para+la+Vida.pdf/af636ef3-0e84-46d4-bc1b-a5ec71ac9fc1>.
- García , V. (16 de 03 de 2011). *Instituto de Neurología Cognitiva* . Obtenido de Lenguaje y Traumatismo Craneoencefálico: <https://neurologiacognitiva.wordpress.com/2011/03/16/informetec4/>
- Garrido Macías , M., Valor Segura , I., & Expósito , F. (2017). ¿Dejaría a mi pareja? Influencia de la gravedad de la transgresión, la satisfacción y el compromiso en la toma de decisión. *Psychosocial Intervention*, 1.
- González Alexander , D., Giraldo Cardozo , C., Ramírez Cardona , D., & Quijano Martínez, M. C. (2012). Cambios en la Calidad en Pacientes con Trauma Craneoencefálico Severo Después de un Programa de Rehabilitación. *Psychol. av. discipl.*, 77-89.
- Guarino, S. (09 de 11 de 2017). *Nepssa, Rehabilitación Neurológica*. Obtenido de <http://nepssa.es/intervencion-psicologica-traumatismo-craneoencefalico/>
- Grimaldo , C. L., Amaya , W. D., Chinchilla, N. Y., Neira, R. I., & Wilches, G. (2016). Trauma Craneoencefálico en Cúcuta: Experiencia de los Accidentes de Tránsito en la E.S.E. HUEM, Junio 2013 a Junio de 2014. *INBIOM*, 80-84.
- Guerra, D. (24 de 08 de 2016). *Importancia de las Redes de Apoyo* . Obtenido de <http://www.davidguerra.com.mx/redes-de-apoyo/>
- Guzman, E. (1983) ‘Consecuencias generales de lesiones cerebrales’, *Neuropsicología*, pp. 131–163. Available at: <http://www.bdigital.unal.edu.co/1510/7/06CAPI05.pdf>.

- Hernando , A., & Useros, A. (2007). Intervención Fisioterápica en el Proceso Rehabilitador de Pacientes con Daño Cerebral Adquirido. *Acción Psicológica* , 35-48.
- Henao, A. *et al.* (2009) ‘Caso Clínico / Artículo de Revisión ’:
- INMLCF (2015) ‘Forensis 2014 datos para la vida’, *Forensis Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, 16(1), p. 565. doi: ISSN-2145-0250.
- Lizarralde Múgica, G. (2014). *Evaluación Funcional y la Terapia Ocupacional en el Daño Cerebral Adquirido*. España : Universidad de Zaragoza.
- Macías , M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de Afrontamiento Individual y Familiar Frente a Situaciones de Estrés Psicológico . *Psicología desde el Caribe*, 123-145.
- Mella, O. (07 de 2000). *Técnica de Investigación Cualitativa*. Obtenido de <http://files.palenque-de-egoya.webnode.es/200000285-01b8502a79/Grupos%20Focales%20de%20Investigaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de 01 de 2013). *MinSalud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-Ley-de-Salud-Mental.aspx>
- Montero , I., & León , O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 115-127.
- Rey Anacona, C. A., Martínez Gómez, J. A., & Guerrero Rodríguez , S. I. (2009). Tendencias de los Artículos en Psicología Clínica en Iberoamérica. *Terapia Psicológica* , Vol. 27, N° 1, 61-71.
- Sanz Hoya, B., & Meroño Gallut, A. J. (2003). Tratamiento de Fisioterapia en el Traumatismo Craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos. *UCAM*, 21-30.
- Sociales, A. (2000) *Daño cerebral - guia de familias*.
- Scharager, J. (2001). Metodología de la investigación en las ciencias sociales. Chile .
- Unipamplona, E. I. P. S., Rodríguez, C. and Pacavita, D. (2017) ‘DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ , LA CLÍNICA SANTA ANA’, pp. 34–43.

Apéndices

Apéndice A: Minimental

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)			
<i>Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979).</i>			
Nombre: XXXX		Varón <input checked="" type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
Fecha: 03/12/18		F. nacimiento: 13/03/1971 Edad: 47	
Estudios/Profesión:		Núm. Historia:	
Observaciones: TCE			
¿En qué año estamos? ¿En qué estación? ¿En qué día (fecha)? ¿En qué mes? ¿En qué día de la semana?	0-1 2018 0-1 verano 0-1 3 0-1 Diciembre 0-1 Lunes	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	5
¿En qué hospital (o lugar) estamos? ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? ¿En qué pueblo (ciudad)? ¿En qué provincia estamos? ¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1 la casa, la casa 0-1 pueblito, la sala 0-1 la casa 0-1 Tachara 0-1 Venezuela	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	5
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1) (Bandera 0-1) (Árbol 0-1)		Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	3
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1) (D 0-1) (N 0-1) (U 0-1) (M 0-1)		ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	0
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1) (Bandera 0-1) (Árbol 0-1)		RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	2
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1 reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trébol había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos interseccionados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.		LENGUAJE (máx. 9)	7
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	22

a.e.g.(1999)

Apéndice B: Entrevista Semi-Estructurada**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

Ciudad: _____ *Fecha* *de* *la* *Entrevista:*
 _____ *Lugar* *de* *la* *Entrevista:*
 _____ *Rol:* _____
Ocupación: _____
Edad: _____ *Género:* _____ *Nivel* *de* *Escolaridad:*

INSTRUCCIONES:

A continuación usted encontrará una serie de preguntas que tienen como objetivo “Determinar la importancia de la red de apoyo dentro de la recuperación de un paciente con traumatismo craneoencefálico en la ciudad de Cúcuta, estableciendo premisas que permita a futuras familias un adecuado manejo desde el hogar”, usted de forma voluntaria aceptó y dio su consentimiento para ser partícipe. Agradezco de antemano su apoyo al proceso y la sinceridad al momento de responder cada una de las preguntas con el fin de garantizar la correcta recolección de la información en la presente investigación.

1. ¿Cuál era el pronóstico que daban los médicos del paciente? ¿Cuál fue su actitud frente a este?

2. ¿De qué forma participa en el proceso terapéutico para la recuperación de su familiar?

3. ¿Considera que fue importante su apoyo y el de su familia para la recuperación del paciente? ¿Por qué?

4. ¿Qué recomendaciones hace para las familias que han pasado por un evento similar?

5. ¿Cómo era su relación con el paciente antes de sufrir el accidente y como es ahora?

6. ¿A lo largo de estos casi 22 años que han pasado después del accidente, como ha sido la vida del paciente?

7. ¿El paciente se desenvuelve en la vida cotidiana con ayuda o tiene la capacidad suficiente de realizar sus actividades por sus propios medios?

8. ¿De qué forma vivió el proceso durante la estadía del paciente en el hospital?

9. ¿Cómo fueron los primeros meses de recuperación en casa con el paciente?

10. ¿Cuál era su aporte desde su rol para la recuperación desde casa?

11. ¿Qué capacidades físicas y mentales pierde el paciente tras sufrir el accidente?

12. ¿Hoy en día, que cambios ha presentado el paciente a raíz del accidente?

Apéndice C: Entrevista Grupo Focal**GRUPO FOCAL**

Ciudad: _____ *Fecha de la Entrevista:* _____

Lugar de la Entrevista: _____ *Cargo:* _____

Ocupación: _____

Edad: _____ *Género:* _____ *Tiempo de Servicio:* _____

INSTRUCCIONES:

A continuación usted encontrará una serie de preguntas que tienen como objetivo “Determinar la importancia de la red de apoyo dentro de la recuperación de un paciente con traumatismo craneoencefálico en la ciudad de Cúcuta, estableciendo premisas que permita a futuras familias un adecuado manejo desde el hogar”, Usted de forma voluntaria aceptó y dio su consentimiento para ser partícipe. Agradezco de antemano su apoyo al proceso y la sinceridad al momento de responder cada una de las preguntas con el fin de garantizar la correcta recolección de la información en la presente investigación.

1. ¿Cómo motiva o por el contrario, repercute negativamente la familia en la recuperación del paciente?

2. ¿Qué técnicas se les entregan a los familiares del paciente para continuar con el acompañamiento del proceso terapéutico desde casa?

3. ¿Qué aspectos considera fundamentales a nivel familiar para que el paciente alcance la autonomía?

4. ¿Qué factores pueden influir de forma negativa en la recuperación del paciente?

5. ¿Qué dificultades se perciben a nivel familiar dentro de las terapias?

6. ¿Qué sucede cuando no se afronta el proceso de recuperación a nivel familiar?
