

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ESTIMULACIÓN OPORTUNA A PACIENTES CON CIRUGÍA CRANEAL
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES (IGSS)

INFORME FINAL DE EJERCICIO SUPERVISADO PRESENTADO AL
HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS
PSICOLÓGICAS

POR

IMELDA ELVIRA SAJCABÚN MUX

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PROFESORA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

EN EL GRADO ACADÉMICO DE TÉCNICO UNIVERSITARIO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2006

INDICE GENERAL

	Págs.
Resumen.....	3
Introducción.....	5
Capítulo I	
Antecedentes	
Monografía del lugar.....	7
Descripción de la institución.....	7
Descripción de la población.....	10
Planteamiento del problema.....	10
Capítulo II	
Referente Teórico Metodológico	
Marco teórico.....	12
Objetivos.....	25
Metodología.....	26
Capítulo III	
Presentación de Actividades y Resultados	
Subprograma de servicio.....	29
Subprograma de docencia.....	38
Subprograma de investigación.....	41
Capítulo IV	
Análisis y Discusión de resultados	
Servicio.....	45
Docencia.....	47
Investigación.....	48
Análisis de Contexto.....	49
Capítulo V	
Conclusiones y recomendaciones	
Conclusiones.....	51
Recomendaciones.....	53
Bibliografía.....	55

RESUMEN

Se han escrito muchos libros, documentales, etc., acerca de la estimulación. Pero en su mayoría, están dedicadas a niños normales o con problemas o necesidades especiales. Mas sin embargo no se ha tomado en cuenta la importancia, que ésta, puede tener en la rehabilitación de personas adultas.

Este trabajo es un intento de comprender y dar a conocer lo esencial de la estimulación en personas adultas con algún problema neurológico.

Se consideró realizar este trabajo con la finalidad de mejorar la vida de las personas adultas que se vieron afectadas por algún accidente.

Prácticamente este trabajo aborda información sobre estimulación, como también conceptos, sobre los distintos sentidos. Aparte de eso se habla sobre aspectos funcionales como: memoria, psicomotricidad, esquema corporal y motivación, todos estos, juegan un papel indispensable en el desenvolvimiento adecuado de todo ser humano. Si una de estas áreas se ve afectada, se alteran las demás; tanto físicas como emocionales. Por eso es importante estimular las áreas afectadas, pero especialmente el cerebro, que es la base de todas las funciones humanas, y desarrollo personal.

Todo lo que este trabajo contiene, se aplicó a un grupo de veinte personas, de sexo masculino, entre las edades de dieciocho a ochenta años, internos en el área de neurocirugía, del IGGS de accidentes, en donde los problemas más frecuentes son: visuales, auditivas, paraplejía, cuadriplejía, entre otras cosas.

Con este trabajo se pretendió rehabilitar a pacientes de cirugía craneal, como una nueva forma de aplicar la Educación Especial, en otros campos y áreas, distintas a las acostumbradas a trabajar. Este no es un experimento sino más bien, una nueva

estrategia para brindar apoyo psicosocial desde una perspectiva de estimulación más integral.

El objetivo general del trabajo fue: brindar estimulación a pacientes y orientación sobre estimulación y apoyo psicosocial a familiares, de personas que sufren algún problema físico o desorden neurológico. También capacitar al personal y familiares, con técnicas adecuadas para la rehabilitación de los pacientes e Identificar las formas, por medio, de las cuales, los familiares muestran afecto hacia los pacientes.

Las actividades y ejercicios, que este trabajo contiene son sencillos, por lo tanto fácil de realizar y por un ende muy útil para rehabilitar a las personas adultas con algún problema, especialmente neurológico, algunos de estos ejercicios son: pasar objetos en el cuerpo de las personas, ejecutar distintos sonidos, mostrar dibujos, figuras, etc.

Los resultados que se han obtenido en este proceso de trabajo son muchos y muy buenos, ya que se ha logrado observar la rehabilitación de varias personas, en diferentes aspectos, tales como: visuales, auditivos, corporales, etc.

Todos los resultados obtenidos, sirven para reafirmar el propósito del trabajo; la estimulación es importante en personas adultas con problemas neurológicos, y sobre todo un nuevo campo a desafiar por parte de educadores especiales.

Este trabajo no contiene formulas a utilizar para poder llevar a cabo las actividades, ya que son sencillas, pero será de gran ayuda para personas que se dedican al área clínica, como hospitalaria.

INTRODUCCIÓN

La estimulación juega un papel muy importante, en las áreas funcionales de toda persona, especialmente en niños, que es en donde más se utiliza.

Este trabajo, pretende dar a conocer que la estimulación, puede ser aplicada también en personas adultas, especialmente con personas que han sufrido algún tipo de accidente. Se preguntarán ¿cómo estimular a un adulto?, la respuesta la encontrarán en el desarrollo de este trabajo.

Se han hecho varios estudios, sobre el movimiento, la motivación, el afecto y la estimulación, llegando a la conclusión de que todas estas, juegan un papel fundamental en el proceso de rehabilitación de cualquier persona hospitalizada.

El movimiento es necesario y va de la mano con la estimulación, ya que, no se necesita solo estimular un brazo que se encuentre deficiente, sino que el cerebro en sí, ¿cómo se logra esto?, estimulando el mismo cerebro, por medio del movimiento y de actividades que conllevan en sí atención, memoria, percepción etc.

La motivación y el afecto, también son vitales para levantar a un paciente de una silla de ruedas, se ha comprobado que actúan efectivamente en pacientes de esta índole.

Espero que el trabajo que se presenta a continuación les de ideas claras de cómo poder abordar a este tipo de pacientes y como contribuir a su rehabilitación.

Se considera importante que la Educación Especial, juegue un papel fundamental en el área de neurología, pues con el trabajo que se realizó, en el Hospital General de Accidentes (IGSS), se ha comprobado, que es un buen campo para poder trabajar, y no solo es un buen campo para trabajar, sino más bien porque la Educación Especial puede aportar mucho, en esta área.

Sería excelente, si en áreas de neurocirugía de los hospitales hubiera Educadores Especiales, esto facilitaría más el trabajo tanto de médicos como de enfermeras; pero especialmente mejoraría la condición de los pacientes, ya que recibirían atención personalizada según sus necesidades.

Se reconoce que es necesaria la medicina, pero también es importante y necesario realizar distintas actividades de estimulación con los pacientes, esto permitiría una mejor facilidad para su rehabilitación.

También podría la Educación Especial, trabajar con reeducar nuevamente a los pacientes, para poder realizar nuevamente sus actividades cotidianas, o al menos reintegrarlos nuevamente a su familia y que sean independientes.

En fin la Educación Especial, es necesaria aplicarla en el área hospitalaria y no solo en el área educativa como se cree.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 MONOGRAFIA DEL LUGAR

El hospital donde se realizó el EPS se ubica en la zona siete de Mixco, municipio de la ciudad de Guatemala y se encuentra en las diferentes condiciones: en todo su alrededor hay mucho movimiento comercial como: restaurantes, gasolineras, librerías, farmacias etc. También colinda con una colonia. Dentro de ella se encuentra, una escuela de párvulos, estas son algunas de las características principales, en las que se encuentra localizado el Hospital General De Accidentes (IGSS).

1.2 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital General de Accidente IGSS, zona 7 de Mixto, Guatemala; se caracteriza por una estructura integral con grupos multidisciplinarios, que tienen un mismo objetivo de trabajo para diferentes funciones, pero con un mismo fin, que es tratar al paciente con todos los recursos físicos de equipo y materiales con los que cuenta.

Ya que el objetivo en general es recuperar al paciente y cuidarlo mientras se encuentra en el hospital, esto se da por el proceso multidisciplinario donde participan médicos, personal de enfermería, servicio de comida, limpieza, seguridad y personal administrativo.

La organización de la institución se encuentra dividida en: Organización De Autoridades Medicas, Organización De Autoridades Administrativas, Organización De Instalaciones, Equipo, y Materiales que se tengan, etc.

La organización de autoridades médicas se dividen en diferentes niveles, siendo el primero: El Director de la Institución, que tiene la función de organizar el grupo

multidisciplinario para que sea funcional desde el punto de vista médico y también desde el punto de vista administrativo. También el director se encarga de estar en contacto en todas las actividades que se realicen en la institución.

En el nivel de jerarquía después del Director, está el subdirector que tiene como función general, la colaboración con el director en toda actividad que se realice en la institución, y él en comunicación con la organización administrativa.

Después siguen los Doctores Jefes de Área; ellos se encargan de llevar el control de los diferentes departamentos, como el de cirugía, de recuperación del paciente interno, cirugía plástica y fisioterapia.

La estructura del área de cirugía se compone del médico encargado, él es el que lleva a cabo las cirugías, seguido de los médicos auxiliares, que tienen la función de colaborar en la cirugía, ellos son seguidos por los enfermeros, y son los que utilizan el siguiente lugar en la estructura de la organización jerárquica.

En la estructura de la organización médica en el área de recuperación interna, se componen por los médicos encargados de la recuperación, ellos tienen la función de seguir el proceso de la lesión de los diferentes pacientes, éstos van seguidos, de la enfermera encargada que es la que coordina el personal de esta área, enfermeras y enfermeros. Ellos tienen la función de atender al paciente durante el día y la noche y son los que realizan la supervisión del equipo que utiliza el paciente, los enfermeros tienen la función de alimentar a los pacientes que son dependientes.

Otra de las estructuras del hospital es el área de cirugía plástica, esta se compone del médico cirujano y doctor auxiliar, seguido de los enfermeros especializados en el área de cirugía plástica.

Por último está la estructura del área de rehabilitación fisioterapia, compuesto por la doctora encargada que es la que coordina al personal, seguida por la fisioterapeuta

que es la coordinadora de los pacientes de rehabilitación, de la fisioterapia y del proceso que lleva el paciente.

La organización de la estructura administrativa se compone de las diferentes áreas: Jefe de Personal y Coordinadores de Servicios, en la estructura de organización de personal se caracteriza por los diferentes puestos, compuestos de la siguiente manera: Secretaria del Personal, que tiene la función de llevar el control de asistencia y actividades que tiene que realizar el Jefe del Personal. En esta organización entran las secretarias de artículos personales, que tiene la función de guardar en bodega los artículos de los pacientes, que llegan accidentados al área de emergencia, devolviéndolo a los familiares. También en esta estructura se encuentra la secretaria de citas de pacientes externos, encargada de organizar el horario de citas.

Encontramos también a trabajo social que se encarga de la familia y de la comunicación con los pacientes accidentados.

La estructura de coordinación de servicio se divide en dos tipos de Jefes, los Jefes de Coordinación de Alimentos y los Jefes de Limpieza.

Los Jefes de Alimentación tienen la obligación de tener el control de alimentos y las dietas que tiene cada paciente. El jefe de limpieza se encarga de la función de mantener una limpieza constante en los servicios sanitarios y en el área de encamamiento, corredores, etc.

La organización de recursos físicos y de equipo son limitados como las de cualquier hospital del país, pero el personal del hospital hace una buena utilización de los recursos, con una buena organización de ellos.

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población a la que estuvo dirigido el proyecto de EPS, fueron pacientes, adolescentes y adultos con problemas de trauma craneal, problemas sensitivos, hemipléjicos y problemas de espalda con secuelas neurológicas. Estos pacientes oscilaban entre las edades de 17 a 20 años, de distintos niveles económicos.

El área del hospital está conformada por el personal: Doctor, Enfermería, personal de servicio, trabajo social y los pacientes. Aquí los doctores son responsables desde el punto de vista biológico. Los del personal de enfermería son responsables del tratamiento de fármacos y la observación permanente.

Otra de las condiciones de los pacientes, es que, algunos no son visitados constantemente por sus familiares, este fenómeno se da por diferentes factores entre ellos: distancia y factores económicos. La mayoría de pacientes tienen hijos, esto los mantiene en un estado emocional de decaimiento.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital General de Accidentes (IGSS) zona 7 de Mixco en el área de neurocirugía, se atiende alrededor de 20 a 25 personas adolescentes y adultos, de diversos tipos de población con trauma craneoencefálico provocado por algún accidente, son personas trabajadoras que lamentablemente sufrieron algún accidente automovilístico, de motocicleta, caída, etc. Y que de alguna manera han hecho que sean ahora personas dependientes de los demás ya que no pueden valerse por sí mismos. Durante las dos semanas de observación, que se realizó en dicha institución, se pudo notar que no existe ningún departamento o programa psicológico o técnico que se encargará de estimular, recrear y reeducar a estas personas; como orientar y capacitar a familiares y personal de enfermería, que son los más cercanos a ellos; de alguna manera estas personas tratan de ayudar a sus pacientes, pero no cuentan con técnicas necesarias para la recuperación de los

pacientes, ya que estos pacientes sufren de paraplejía además de problemas: corporales, visuales, auditivos, táctiles, memoria, percepción, motricidad y motivación, que necesitaban ser estimulados y reeducados para que vuelvan a su normalidad, quizás no al 100% pero si en un buen porcentaje que al menos les permita, valerse por sí solos haciendo las cosas básicas y necesarias para ellos mismos, con su familia y con los demás para que de esa forma logren integrarse nuevamente a la sociedad.

Estos pacientes son atendidos por médicos, personal de enfermería y fisioterapeutas que se ocupan de atender lo físico, pero no así el aspecto psicológico que es muy importante ya que ellos han sufrido también emocionalmente, por lo tanto es necesario estimular las áreas anteriormente mencionadas, para la recuperación y bienestar de los pacientes y familiares que de alguna manera sufren al lado de ellos.

Los pacientes son visitados por sus familiares, y la trabajadora social quien se encarga de ver la mejoría que han tenido y el bienestar de sus familias. Los familiares quieren ver recuperado a su papá, hermano o hijo, a quienes llegan a visitar brindándoles afecto, más sin embargo no es lo suficiente para su recuperación, por eso es necesario e importante reeducar y estimular también las capacidades y habilidades que la persona internada posee para que no las pierda, y a la vez, pueda valerse de ellos para ser independiente e integro en la sociedad y que sea bueno en algo que le gusta y pueda hacer.

Los pacientes después de desayunar y recibir su aseo personal son dejados, en una sala especialmente para ellos, en donde no reciben ningún tipo de atención y estimulación, por lo que no hacen nada más que esperar la hora de la visita, mientras los días transcurren; factor que es necesario trabajar por medio del EPS.

CAPITULO II

REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

2.1 MARCO TEORICO

Al haber conocido las diferentes problemáticas de los pacientes durante el tiempo de observación, se consideró importante trabajar con ellos, algunas actividades básicas, necesarias para su reintegración y adaptación a su familia y sociedad por medio de:

TERAPIA Y REEDUCACIÓN

Los trastornos psicomotores y afectivos están correlacionados, se influyen y cooperan conjuntamente. Se comprende que el cuerpo es el resultado de múltiples y complejos sistemas que interactúan conformando la particular manera de cada sujeto de ser y estar en el mundo. Gracias al psicoanálisis, se sabe que al cuerpo solo se le puede enfocar desde la historia personal y social de cada sujeto. La corriente de Lapierre, Bernard Aucouturier y otros, entienden al cuerpo a partir de sus reacciones tónico-emocionales, y consideran que es el lugar de resonancia real del discurso psicoanalítico, retomando muchos elementos y el marco referencial de Wilhelm Reich. Esta corriente enfoca al gesto como vivenciado, cargado de afectividad, y al espacio, y las demás personas. Esta línea de trabajo se inicia con las concepciones de Boulch y Vayer, y trata de recuperar cierto déficit por medio de ejercicios graduados, analíticos y repetidos sistemáticamente hasta el aburrimiento. Posteriormente, con su experiencia, hallazgos y reflexiones, rechazan esta deducción instrumental dirigida y parten del principio que Lapierre y Aucouturier enuncian así: se debe trabajar con lo que el paciente tiene de positivo; interesarnos por lo que sabe hacer. A partir de ahí la relación pedagógica puede distenderse, desdramatizarse, la situación y el paciente pueden volver a adquirir confianza y seguridad. El mejor método para ayudarlo a superar sus dificultades es el de hacerles vivir o aceptar su realidad.

Surge una concepción del proceso de reeducación que exige a los maestros y educadores, abandonar las viejas prácticas y adoptar los nuevos planteamientos de reaprendizaje, encargada de procurar el desarrollo dinámico y orientado fundamentalmente a satisfacer sus necesidades e intereses. La labor educativa debe apoyarse en las necesidades e intereses de la personalidad, considerando las diferencias individuales y tratando de integrar todos los niveles de desarrollo de la personalidad, sus objetivos deben ser flexibles y ser evaluados constantemente, de manera que pueda mejorarse.

La educación es la responsable del desarrollo y equilibrio de la personalidad, y de que cada una de las personas se integren activa y creadoramente a la cultura y a la sociedad que la enmarca. Cumplir con estos objetivos es el desafío que tiene la educación de nuestro tiempo, por lo que los educadores deben de orientar y estimular a sus pacientes para el pleno desenvolvimiento de todas sus posibilidades, por medio de situaciones educativas valiosas y fecundas que permitan desarrollar y acrecentar el impulso y el sentido de autoformación. La psicomotricidad, como parte de este proceso educativo, debe promover experiencias significativas para el cabal desarrollo de la personalidad de los pacientes en los diferentes aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales.

Toda acción corporal influye en la persona como totalidad, ya que la educación por medio del movimiento actúa sobre el cuerpo, pero como la conducta siempre implica manifestaciones coexistentes en otras áreas, por ser una manifestación unitaria del ser, produce manifestaciones en la mente y en el mundo exterior de la persona. (Zapata, Oscar. 1999).

Se consideró importante y de hecho fue la base del trabajo realizado; la estimulación, ya que, para lograr que los pacientes nuevamente reintegraran sus capacidades como sus habilidades, era necesario estimular el cerebro, porque por medio de él, se logrará hacer funcionar las distintas áreas funcionales, por lo que a continuación se describe a grandes rasgos la estimulación.

ESTIMULACIÓN

La estimulación psicosocial que recibe de su ambiente constituye un factor altamente relacionado con la madurez para el aprendizaje dado que afecta a la motivación a los incentivos, al lenguaje y a desarrollo en general. El aprendizaje presupone exponer a la persona a la información sistemática. Para aprovecharla se requiere previamente de cierto tipo de experiencias, las personas privadas de la visión o de la audición están en una situación de desventaja en relación a estas exigencias, lo mismo ocurre con las personas privadas de ciertas experiencias por circunstancias psicosociales. (Enciclopedia Encarta. 2005).

La importancia que tiene la estimulación radica en su utilidad, al enseñar paso a paso y de manera secuencial (de lo fácil o lo complejo), habilidades, conocimientos, y comportamientos básicos y necesarios para la adaptación mediata e inmediata de la vida común y, quizás después de adquirir esos comportamientos se progresa en campos más especializados de aprendizaje y se adquieren comportamientos más complejos que permitan a cada individuo ser independientes y autónomos en la medida de sus posibilidades. (Milagros, Damián. 2000: 5).

PRINCIPIOS Y LEYES DE LA ESTIMULACIÓN

La estimulación debe proporcionar situaciones diversas para generar interés en la persona. Esto se basa en el principio que dice: “la experiencia fluye en la inteligencia” la persona se desarrolla solamente cuando ejecuta ciertos actos que estén insertos en una experiencia adecuada a su velocidad y nivel, además se cree que hay experiencias por las que una persona debe pasar:

- Mucha estimulación, social, sensorio motriz y del lenguaje, será más positiva si se ajusta al ambiente, la cual le ayudará a aprender acerca de sí mismo y del medio en que se desenvuelve, obteniéndose mejores resultados, si se ajusta a su realidad, esto incluye costumbres, creencias, estilos de vida y el nivel socioeconómico (clase social, ingresos, educación etc.). En cuanto al nivel socioeconómico debe recordarse que no se les puede exigir más de lo que

puedan dar, como también es preciso manejar un vocabulario de fácil comprensión para el grupo familiar.

- Es necesario que se tome a la estimulación oportuna como medio de prevención del alto riesgo.
- Es importante que sea proporcionada con mucho afecto, para que la persona se sienta confiada y segura de sí mismo.
- Así también, tiene que ser constante porque de lo contrario, el desarrollo no alcanza su máximo potencial. (Tesis, Gonzáles Guerra, Beatriz. 1985).

Siendo importante cada uno de los sentidos en toda persona normal, mucho más lo es para los pacientes de neurocirugía del hospital de accidentes (IGSS); puesto que presentan una disfunción en algunos o casi todos los áreas funcionales, que una persona necesita para desarrollarse adecuadamente. Por lo que se hizo necesario trabajar con todas las áreas, por medio de estimulación para mejorar de alguna manera las áreas afectados, a continuación se describe, cada uno de los sentidos que mayor se trabajaron con los pacientes, para que se tenga una idea general de lo que ocurre si uno de estos es afectado.

VISIÓN

Órgano visual, por medio del cual se percibe el mundo exterior. Muchos organismos simples tienen receptores luminosos, capaces de reaccionar ante determinados movimientos y sombras, pero la verdadera visión supone la formación de imágenes en el cerebro. (Enciclopedia Encarta. 2005).

El ojo es el instrumento para captar los colores, las formas, los espacios, este fenómeno solo involucra el diez por ciento del proceso, el restante noventa por ciento ocurre en el cerebro. Las imágenes penetran por nuestros ojos y se invierten hacia atrás, mientras entran por el nervio óptico y a través del quiasma óptico, se dirigen

del tálamo al lóbulo occipital donde la visión primaria es procesada. La visión completa se produce cuando la información de todos los lóbulos cerebrales ha sido accesada. Por tanto, es el cerebro el que compone la tercera dimensión, integrando la imaginación que proviene de cada ojo y ajustándola de una manera sorprendente. (Ibarra, Luz María. 1999: 35).

Este párrafo nos proporciona una idea clara de lo que ocurre con las personas que se encuentran con deficiencia en la vista. En el trabajo con los pacientes del IGSS, se observó y comprobó con toda claridad lo antes definido; pacientes que tenían alterada su visión ya que no percibían los objetos; de igual forma no discriminaban entre colores, tamaños, etc. Algunos otros tenían muy poca movilidad en su vista y otros necesitaban de mucha estimulación para mejorar su visión, que se estaba deteriorando por no tener atención personalizada, necesaria para mantener activa o intacta el área funcional antes mencionado.

AUDICIÓN

La audición constituye un prerrequisito para la comunicación. Implica la capacidad para reconocer, discriminar e Interpretar estímulos auditivos asociándolos a experiencias previas. La meta es oír semejanzas y diferencias entre los sonidos. (Condemarin, Mabel. 1996: 275).

El oído es uno de los sentidos más importantes porque a través de él entran las vibraciones al cerebro, algo crucial en el aprendizaje. Si estamos expuestos durante grandes periodos de tiempo a sonidos fuertes y constantes, especialmente a un volumen exagerado, destruiremos las delicadas células pilosas del oído que transmiten la vibración y se traducirá la agudeza acústica. (Ibarra, Luz María. 1999: 42).

En los pacientes del IGSS, al menos no se encontraron dificultades severas en cuanto a audición, al principio se notaron algunas distorsiones mínimas en discriminación de sonidos, pero no de gravedad. Se estimuló, dicha área para

mejorarla, ya que como dice Condemarin, es un prerrequisito para la comunicación. Aunque los pacientes no tenían lenguaje, se observaron las reacciones que tenían a los distintos estímulos como: mover la cabeza de un lado a otro, cerrar los ojos o mover la boca como queriendo decir algo, de esa forma los pacientes se comunicaban. Fue muy importante trabajar esta área no tanto porque había deficiencia, sino porque era lo única que se tenía, para poder hacerles llegar el mensaje de la importancia de trabajar con ellas, para su rehabilitación.

TACTO

A través del tacto, el cuerpo percibe el contacto con las distintas sustancias, objetos, etcétera. Los seres humanos presentan terminaciones nerviosas especializadas y localizadas en la piel, que se llaman receptores del tacto y pueden ser de dos tipos: corpúsculos de Meisner y discos de Merkel. Estos receptores se estimulan ante una deformación mecánica de la piel y transportan las sensaciones hacia el cerebro a través de fibras nerviosas. Los receptores se encuentran en la epidermis, que es la capa más externa de la piel, y están distribuidos por todo el cuerpo de forma variable, por lo que aparecen zonas con distintos grados de sensibilidad táctil en función del número de receptores que contengan. Existe una forma compleja de receptor del tacto en la cual los terminales forman nódulos diminutos o bulbos terminales; a este tipo de receptores pertenecen los corpúsculos de Paccini, sensibles a la presión, que se encuentran en las partes sensibles de las yemas de los dedos. El tacto es el menos especializado de los cinco sentidos, pero a base de usarlo se puede aumentar su agudeza. (Enciclopedia Encarta. 2005).

Para aprender sobre el medio ambiente necesitamos la valiosa ayuda de nuestra piel: ésta se extiende a lo largo y ancho de nuestro cuerpo y gracias a ella experimentamos calor, frío, dolor, suavidad, presión, frescura, pues se encuentra repleta de terminaciones nerviosas determinantes en el aprendizaje.

Si alguien, por ejemplo, nos toca, se incrementa la producción de hormonas en el cerebro, al tiempo que se activa todo el sistema nervioso. Eric Berne subraya en su

teoría de Análisis Transaccional la importancia de las caricias como parte integral del desarrollo. (Ibarra, Luz María. 1999: 33).

El tacto es un área funcional importante, ya que en ella se refleja la mayor parte de los nervios que permiten distinguir entre las cosas, como también percibir: el calor, frío, dolor, suavidad, presión y frescura; a través de esto podemos percibir el medio ambiente. Con los pacientes de la neurocirugía con quienes se trabajó, se encontró con una serie de dificultades en cuanto discriminación y percepción de objetos en la piel, en algunos pacientes se encontró muy poca sensibilidad y otros definitivamente la tenían alterada, por ello se le dio un constante abordamiento a ejercicios de estimulación táctil para mejorar esta capacidad, ya que si no se tiene sensibilidad, es como estar fuera o al margen de las reacciones humanas.

Habiendo conocido de forma general sobre los sentidos, y trabajar con ellos, es importante conocer también, que la percepción juega un papel importante en la funcionalidad de todo individuo, ya que cada uno de los sentidos incluye la percepción, cada persona percibe de distinta forma las cosas, como las ve, las siente, las huele etc. Por lo que fue importante trabajar con la percepción de estos pacientes ya que se consideraba que estaba alterada.

PERCEPCIÓN

La percepción se define como una respuesta a una estimulación físicamente definida. Implica un proceso constructivo mediante el cual un individuo organiza los datos que le entregan sus modalidades sensoriales y los interpreta y completa a través de sus recuerdos, es decir, sobre la base de sus experiencias previas.

La destreza perceptiva no sólo implica discriminación de los estímulos sensoriales, sino también la capacidad para organizar todas las sensaciones en un tono significativo; es decir, la capacidad de estructurar la información que se recibe a través de las modalidades sensoriales para llegar a un conocimiento de lo real. El proceso total de percibir es una conducta psicológica que requiere atención,

organización, discriminación y selección y que se expresa indirectamente a través de las respuestas verbales, motrices y gráficas. (Mabel, Condemarin. 1996: 137).

EJERCICIOS DE PERCEPCIÓN

Los ejercicios de percepción persiguen crear actitudes mentales, individuales, que logrará que la persona se comporte razonablemente dentro de la sociedad, los ejercicios deben aplicarse en forma poco racional y consiste en diferencias de colores, dimensiones y sonidos.

Así entonces de manera gradual, se le hace ver las diferencias entre los objetos, cuando logre distinguirlas, habrá realizado un trabajo mental. Los colores; antes de que sepa nombrar un color, debe tener una sensación conciente del mismo.

La después de los colores se ejercitan las formas, aquí los problemas son más complicados, esto porque el color es más llamativo, pero una forma no lo es.

El tamaño, se le da a conocer, pero sin pasar de establecer diferencias entre dos objetos.

Percepción rítmica, permite a la persona distinguir entre dos ritmos diferentes, además contribuye a la mejor coordinación de sus movimientos y es base para un lenguaje estructurado. (Tesis, Gonzáles Guerra, Beatriz. 1985).

LA PERCEPCIÓN SENSORIOMOTRIZ

El cerebro y en particular la corteza cerebral, es el órgano de adaptación al medio ambiente, se organiza por medio de la actividad nerviosa y durante la acción de los analizadores sensoriales y efectos motrices, por medio del sistema nervioso, la corteza cerebral recibe simultáneamente un número inmenso de mensajes procedentes de las terminaciones nerviosas periféricas, gracias a los órganos de los sentidos, que captan los estímulos de la realidad exterior, por medio de este sistema los seres humanos pueden distinguir los objetos y responder a su presencia con

respuestas motrices o con otro tipo de conducta. La actividad sensorio motora resulta fundamental para el aprendizaje humano, y la adaptación de la misma por medio de la vista, el oído, y las diferentes sensibilidades que completan las asociaciones ínter sensoriales y que el movimiento integra. (Zapata, Oscar. 1999).

Fue necesario trabajar con la memoria de los pacientes, puesto que era fundamental hacer que recordaran y que conocieran su pasado, su historia y su realidad, de esta forma, era más fácil trabajar con ellos, estando concientes. La aceptación a la realidad es más llevadera, además, la memoria permite captar y retener información necesaria para incorporar en el diario vivir. A continuación se describe algo sobre la memoria, para ampliar un poco más, el conocimiento y la importancia de esta gran área funcional, en la vida de cada ser humano.

MEMORIA

Las quejas a cerca de las dificultades de memoria son talvez las más comunes de todas las que siguen a un daño cerebral. Una razón de esto es que una gran variedad de problemas cognoscitivos, además de producir deterioros propios de la memoria pueden producir problemas para aprender y recordar cosas. Otra razón de la alta frecuencia de quejas de memoria es que algunos de estos problemas cognoscitivos, en particular los relacionados con una atención deficiente y una pobre organización, son extremadamente comunes después de un daño cerebral tanto focal como difuso.

MEMORIA SEMÁNTICA Y EPISÓDICA

La memoria semántica tiende a no ser muy afectada por el daño cerebral, aunque las personas recientemente afectadas podrían no recordar al instante a los miembros de la familia o saber la fecha. La memoria episódica, específicamente la de nuevos episodios que suceden tras el daño, si se afecta por el daño cerebral. Por tanto es probable que las personas que han sufrido daño cerebral retengan su conocimiento general del mundo pero tengan dificultad en recordar sucesos y comentarios que acontezcan después del daño.

AMNESIA RETRÓGRADA

Es un término que se refiere a la pérdida de la memoria de sucesos anteriores al daño. Es común que las personas con daño cerebral se olviden de los eventos que sucedieron unos minutos, unas horas, o a veces unos días antes del daño. Frecuentemente la duración de la amnesia retrógrada es larga al inicio pero se reduce durante las etapas iniciales de la recuperación. (Judd, Tedd. 2000).

Se han hecho estudios recientes, sobre el movimiento y su importancia en la destreza y desenvolvimiento de las personas, se ha llegado a la conclusión que el movimiento es fundamental, para estimular el cerebro y rehabilitar a las personas, con problemas neurológicos. La educación especial siendo una rama de la psicología, que pretende integrar a las personas discapacitadas o con problemas neurológicos, en la sociedad, no se queda atrás en utilizar este tipo de actividades. Por tal motivo, durante el trabajo de EPS, se aplicaron actividades en las cuales se utiliza el movimiento, para hacer trabajar el cerebro como el cuerpo, de los pacientes. Para lograr este objetivo, se trabajó con psicomotricidad y esquema corporal, a continuación se describe, más detalladamente su importancia en la vida de las personas.

MOTRICIDAD GENERAL

La psicomotricidad estudia la importancia de las relaciones que existen entre los movimientos físicos y las funciones mentales, así como el relevante papel del movimiento en la formación de la personalidad y la influencia que este tiene en los diferentes tipos de aprendizaje.

Por medio de la actividad motriz el hombre puede actuar en su medio para modificarlo y modificarse, en pocas palabras el movimiento adopta a los seres humanos a la realidad. Todo tipo de movimiento es resultado de la contracción motriz que produce el desplazamiento del cuerpo o de los segmentos que lo componen, y el mantenimiento del equilibrio. El movimiento siempre resulta del esquema corporal en

relación con el espacio y el tiempo. Tanto el movimiento como el dialogo tónico cumplen un papel fundamental en la vida afectiva y en la vida social.

A medida que se desarrolla la maduración cerebral se produce un proceso de estructuración de lateralidad corporal y un acelerado progreso de las habilidades motrices producto del desarrollo.

Es importante conseguir la adaptación social y la incorporación a la vida normal. Como también resulta necesario que los individuos con algún grado de deficiencia mental reciban una educación especial. El pronóstico de las personas con deficiencia mental tiene más relación con la edad de comienzo y la intensidad del tratamiento. La motivación personal, las posibilidades de educación o las condiciones médicas o ambientales, que con el grado de alteración mental, con un programa de disponibilidad de sistemas de apoyo, muchos pacientes con deficiencia mental han llegado a ser miembros útiles de la sociedad. Este enfoque permite a algunos pacientes alcanzar una vida independiente, o al menos los alberga en un ambiente mas protegido. Incluso los pacientes cuya discapacidad requiere cuidados permanentes se benefician de los programas de reeducación y estimulación. (Zapata, Oscar. 1999).

PSICOMOTRICIDAD

La noción psicomotricidad otorga una significación psicológica al movimiento y permite tomar conciencia de la dependencia recíproca de las funciones de la vida psíquica con la esfera motriz.

Partiendo de la base que el movimiento humano constituye una realidad psicofisiológica, se distingue entre los términos de motricidad y psicomotricidad, no como realidades o tipos de actividades diferentes, sino como dos puntos de vista o niveles de análisis de una realidad que es, intrínsecamente, unitaria.

Se entiende por psicomotricidad el movimiento considerado desde un punto de vista anatómico-fisiológico y neurológico. Es decir, es el movimiento considerado como la

suma de actividades de tres sistemas: el sistema piramidal (movimientos voluntarios), el sistema extrapiramidal (motricidad automática), y el sistema cerebeloso, que regula la armonía del equilibrio interno del movimiento.

La psicomotricidad enfoca el movimiento desde el punto de vista de su realización, como manifestación de un organismo complejo que modifica sus reacciones motoras, en función de las variables de la situación y de sus motivaciones. (Mabel, Condemarin. 1996: 123).

EL ESQUEMA CORPORAL

Paul Schilder describe el esquema corporal como “la representación mental, tridimensional que cada uno de nosotros tiene de sí mismo”. Esta representación se constituye con base en múltiples sensaciones, que se integran dinámicamente en una totalidad del propio cuerpo. El movimiento se convierte en el gran factor unificador entre las distintas partes del cuerpo, por eso no conocemos nuestro cuerpo a menos que nos movamos. Por él adquirimos una relación definida con el mundo exterior, el conocimiento de nuestro cuerpo y del mundo que nos rodea dependen de la propia acción, la cual dirige la percepción y apoyan los demás sentidos. (Zapata, Oscar. 1999).

El esquema corporal es la toma de conciencia global del cuerpo que permite, simultáneamente, el uso de determinadas partes de él, así como conservar su unidad en las múltiples acciones que pueden ejecutar.

Hécaen, Nielsan, entre otros, han relacionado la noción de percepción del propio cuerpo, con funciones cerebrales y, por ende, con las tareas perceptivas, cognitivas y motoras.

Para Ajuriaguerra el cuerpo, como punto de referencia para la orientación espacial de la actividad motriz, no existe sino en la medida en que el sujeto actúa, explora e imita. El esquema corporal no es un elemento dado sino que constituye una práctica que se desarrolla evolutivamente en la acción. La evolución de la actividad motriz se hace en el espacio en relación al cuerpo. El cuerpo en sí mismo, está orientado en

un espacio de actividad antes de tener conocimiento de los componentes de su cuerpo y de verbalizar sus nombres correspondientes.

El cuerpo aparece entonces, en un primer momento, como el criterio en relación al cual se va a organizar el movimiento. (Mabel, Condemarin. 1996: 183).

Cada una de las áreas funcionales de los pacientes es importante, pero se necesita, aparte de trabajar con cada una de esas áreas, algo muy esencial en la vida de todo ser humano la motivación, se quiso tomar este aspecto emocional, porque los pacientes no solo necesitan terapia, tras terapia, sino que también, del afecto para una mejor y pronta rehabilitación, esto se llevó a cabo, por medio de la motivación, para hacer más productivo el trabajo y obtener mejores resultados en cada paciente. Siendo la motivación algo esencial en la vida de toda persona, para su desenvolvimiento, para su integración y socialización se tuvo siempre presente en el trabajo con los pacientes de neurocirugía.

MOTIVACIÓN

En los seres humanos, la motivación engloba tanto los impulsos conscientes como los inconscientes. Las teorías de la motivación, en psicología, establecen un nivel de motivación primario, que se refiere a la satisfacción de las necesidades elementales, como respirar, comer, beber y un nivel secundario referido a las necesidades sociales, con el logro o el afecto. Se supone que el primer nivel debe estar satisfecho antes de plantearse los secundarios.

El psicólogo estadounidense Abraham Maslow diseñó una jerarquía motivacional en seis niveles que según él explicaban la determinación del comportamiento humano. Este orden de necesidades sería el siguiente: (1) fisiológicas, (2) de seguridad, (3) amor y sentimiento (4) prestigio, competencia y estima sociales, (5) autorrealización, (6) curiosidad y necesidad de comprender el mundo circundante.

Ninguna teoría de la motivación ha sido universalmente aceptada. En primer lugar, muchos psicólogos, dentro del enfoque del conductismo, plantearon que el nivel

mínimo de estimulación, hacia un organismo comportarse de forma tal que trataba de eliminar dicha estimulación, ocasionando un estado deseado de ausencia de estimulación. De hecho, gran parte de la fisiología humana opera de este modo. Sin embargo, las recientes teorías cognitivas de la motivación describen a los seres humanos intentando optimizar, antes que eliminar, su estado de estimulación. Con ello, estas teorías resultan más eficaces para explicar la tendencia humana hacia el comportamiento exploratorio, la necesidad o el gusto por la variedad, las reacciones estéticas y la curiosidad. (Enciclopedia Encarta 2005).

2.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Brindar estimulación a pacientes y orientación sobre estimulación y apoyo psicosocial a familiares y personal del departamento que asisten y laboran en el hospital general de accidentes zona 7 de Mixco

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

SUBPROGRAMA SE SERVICIO

Estimular a los pacientes por medio de ejercicios psicomotrices, senso-perceptivos, y memoria.

Realizar en coordinación con el equipo multidisciplinario actividades recreativas que aparte de motivar, estimulen áreas funcionales del paciente.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

Capacitar al personal y familiares con técnicas adecuadas para la rehabilitación del paciente.

Sensibilizar a los familiares sobre la problemática de los pacientes, para que tomen conciencia y vean la importancia que ellos tienen, en la rehabilitación de su padre, hermano o hijo.

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION

Identificar las formas, por medio de las cuales los familiares muestran afecto hacia los pacientes, de la neurocirugía del IGSS de Accidentes.

2.3 METODOLOGIA

SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos se utilizaron, técnicas de adiestramiento corporal, visual, auditivo, tacto, memoria y psicomotriz, por medio de ejercicios de estimulación, que ayudaron al paciente a su rehabilitación, esto se realizó con ejercicios y técnicas adecuadas a las problemáticas de los pacientes.

Para el adiestramiento corporal se utilizaron ejercicios: de sensibilidad, de lateralidad, entre otras, que sirvieron para estimular el cerebro.

Se realizaron ejercicios visuales, dependiendo de las necesidades de los pacientes, ya que no todos tenían problemas de esta índole, pero siempre fue necesario estimularlo, debido al aislamiento que poseían durante su estancia en el hospital.

Se estimuló el sistema auditivo, por medio de músico-terapia, esto le hizo mucho bien a los pacientes, por las circunstancias en las que se encuentran, para ello se utilizó música clásica, instrumental y de relajación. También se utilizaron distintos tipos de sonidos, con el fin de mejorar la audición de cada paciente.

Para desarrollar habilidades motrices finas y gruesas que el paciente perdió a consecuencia del accidente y que le son útiles para poder realizar actividades en cualquier ámbito social, se llevaron a cabo actividades como: cortar, rasgar papel, distintos movimientos en la mano, etc.

Junto al equipo multidisciplinario se realizaron actividades recreativas para motivar tanto a pacientes como a familiares.

Se evaluó a los pacientes mensualmente para ir observar el progreso que cada uno iba teniendo.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

Se impartieron talleres, a los familiares como al personal de servicio con el fin de reintegrar nuevamente a los pacientes en su entorno familiar y social, esto se realizó durante algunas Salas Situacionales que se llevan a cabo mensualmente, en días festivos y algunas en días específicamente programado para eso; en donde se les enseñaron, técnicas básicas para que ellos también colaboraran con la rehabilitación de los pacientes.

Por medio de charlas motivacionales y psicológicas se sensibilizó a los familiares, para que tomaran conciencia de su realidad y de esa forma ellos hicieran conciencia y se dieran cuenta que juegan un papel importante en la rehabilitación de sus familiares.

Se involucró al personal a realizar los ejercicios de estimulación con los pacientes, para que de esa manera conocieran dichas actividades y las pudieran realizar con los pacientes ya que es importante, que todos los que de alguna forma tenemos relación con estos pacientes formemos parte de un equipo multidisciplinario para lograr la estabilidad de los pacientes.

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION

A través de las observaciones realizadas, se logró identificar, las formas por las cuales, los familiares de los pacientes, les brindaban afecto.

Con los distintos tipos o formas de afecto identificados se trabajó la aceptación de la realidad de los pacientes y su integración a su familia.

La motivación fue esencial en este subprograma, ya que por medio de eso se logró involucrar a los familiares que eran distantes de sus pacientes.

Los abrazos, las caricias, las palabras de aliento, identificadas, se utilizaron para incrementar la fuerza de voluntad de los pacientes para salir de su situación agravante.



CAPITULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

SUBPROGRAMA DE SERVICIO

ATENCIÓN A PACIENTES

Durante el tiempo de ejecución del EPS en el Hospital General de Accidentes (IGSS) Ubicado en la zona 7 de Mixco se trabajó específicamente con 17 pacientes de sexo masculino, con cirugía craneal. Realizando con ellos una serie de actividades de estimulación cerebral, para rehabilitar áreas funcionales de cada uno como lo son: visión, audición, tacto, memoria, percepción, motricidad y motivación.

VISIÓN

Se utilizaron colores especialmente los primarios para estimular la visión, mostrándoselos de la siguiente forma cerca y lejos de los ojos, arriba, abajo, a la derecha y a la izquierda, se mencionaba el nombre de color como la posición en la que se encontraba para que a la vez se fuera estimulando la audición.

Con una linterna se le pasó la luz frente a los ojos, haciendo distintos movimientos; como: círculos, triángulos, cuadrados, líneas verticales, horizontales, etc. Esto se hizo con el fin de observar la capacidad visual del paciente y el movimiento que tenía en los ojos.

Frente al paciente se hicieron distintos movimientos oculares para que tratara de imitarlos. Se le mostraron dibujos para que los observara y que mencionara lo que estaba viendo.

A la altura de los ojos y a una distancia de aproximadamente unos treinta o cuarenta centímetros de la cara de los pacientes, se colocó una pelota pequeña, se fue moviendo lentamente la pelota formando un círculo, conforme se realizaba esta actividad se le pedía que siguiera el movimiento con su vista sin mover la cabeza, dicho ejercicio se hacia a la derecha y a la izquierda del paciente.

Frente a los ojos de cada uno de los pacientes se colocó un objeto fijamente, teniendo esto se les pidió que movieran la cabeza alrededor del objeto ya sea de lado a lado, de arriba hacia abajo, o en forma circular.

Se les pidió a los pacientes que colocaran sus dedos índices frente a sus ojos, separados por una distancia de unos treinta centímetros, luego se les pidió que miraran uno y otro, alternativamente, sin mover la cabeza. (En los casos en donde los pacientes tenían problemas en sus manos, la terapeuta colocó sus dedos, para realizar dicha actividad).

En una caja se colocaron distintas figuras geométricas, se le pidió a cada paciente sacar las figuras geométricas de la caja y separarlas por forma, luego por tamaño y por último por color.

RESULTADOS

En el desarrollo de mencionadas actividades, al principio se observaron ciertas deficiencias en los pacientes, puesto que antes de iniciar el trabajo, no se había recibido ningún tipo de estimulación, con forme se fue trabajando con ellos se fueron viendo mejorías en cuanto a su percepción visual, pues en los distintos ejercicios se observaron las reacciones y movimientos que cada paciente tenía en sus ojos, en una gran mayoría se logró un buen porcentaje de funcionamiento visual, entre el grupo se encontraba un paciente que fue diagnosticado casi con ceguera total por un disparo en el cráneo, mas sin embargo este no fue obstáculo para dejarlo a la deriva, se trabajó mucho con él, diariamente, hasta que lo dieron de alta, con su vista normal y sin mayores problemas en las demás áreas funcionales. Algunos otros mejoraron su movimiento ocular, otros con mayor facilidad seguían objetos y algunos otros lograron una mejor discriminación entre objetos, colores y tamaños. Solo una minoría del grupo de pacientes, no logró la mejoría que se esperaba.

AUDICIÓN

En esta área se trabajó con distintos tipos de sonidos, al principio para conocer si ésta área estaba funcionando o había sido deteriorada al momento del accidente, si

su funcionamiento era alterado o levemente alterado había que darle estimulación constantemente.

Se utilizaron distintos sonidos que se fueron pasando alrededor de la cabeza, como cerca y lejos de los oídos, para que el paciente fuera distinguiendo entre cada uno de ellos, por el grado de dificultad en el que se encontraban los pacientes no podían hablar pero al menos en la reacción que tenían ante los sonidos se podía observar la aceptación, rechazo y percepción que tenía a cada sonido.

Se utilizó también música, específicamente clásica, que sirvió para estimular el oído, como también el cerebro que es la fuente esencial del funcionamiento humano.

En voz alta se fueron diciendo frases cortas, poco a poco, se fue bajando el tono de voz, hasta que el paciente dijera, “no oigo”, lo que se decía. Se les leyó cuentos e historias.

Se le pidió a los paciente que cerraran los ojos, mientras se ejecutaban sonidos con distintos objetos, ante el sonido de cada objeto debían mencionar el nombre del objeto, se empezaba con sonidos fuertes como: chinchines, campanas, sonajas, panderetas, hasta terminar con sonidos suaves como: Romper una hoja, hablar quedito, etc.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta área, fueron muy notorias y muy buenas, la mayoría de los pacientes tenían estable su audición, el problema era que no todos tenían lenguaje para expresarse. A pesar de eso se trabajó constantemente con ellos, para corroborar los avances se observaron las reacciones de los pacientes ante los distintos estímulos de las actividades arriba mencionadas. Con los pacientes que tenían lenguaje fue mucho más fácil trabajar estas actividades ya que sí escuchaban los sonidos y lo expresaban, lo que si les dificultaba era discriminar entre cada sonido, pero con el tiempo lograron diferenciar los distintos objetos y los sonidos que producen. Entre los que no tenían lenguaje se dividía en dos grupos; un grupo distinguía sonidos y los escuchaba, eso se veía en la reacción que tenían ante dichos estímulos, movían la cabeza, los ojos y las manos, cada vez estas reacciones se hacían más notorias, situación que satisfacía y motivaba a seguir trabajado con

ellos. En este grupo se encontraba un paciente que al principio de mi EPS, lo observé muy mal en todas sus áreas funcionales, pero en el desarrollo de las actividades durante los ocho meses de trabajo, se observó un gran cambio especialmente en audición, visión y tacto, esto comprueba que el trabajo realizado no fue en vano. El otro grupo era de los pacientes que percibían muy poco o casi nada de los estímulos auditivos, siempre se trabajó con ellos porque siempre se tuvo presente el luchar por sacarlos adelante.

TACTO Y PERCEPCIÓN

Se trabajó con distintos tipos de textura y objetos. Las cuales se fueron pasando a los pacientes en la cara, brazos y pies en forma circular para que fuera distinguiendo entre cada uno de ellos y de esa forma, el cerebro, como el cuerpo fuera mejorando su sensibilidad y reacción a los estímulos.

Se le tomaba la mano al paciente y se le presionaba, hasta que dijera qué le dolía o que se le estaba lastimando.

Con algodón, pincel y dedo pulgar, se le pasaban en la cara, brazos y piernas del paciente, en forma circular para que sintiera la suavidad de los objetos.

Se utilizó lija y cepillo dental, para que los pacientes sintieran lo áspero o duro de estos objetos a diferencia de la suavidad de los objetos anteriores.

Se colocó en fila, frente al paciente distintos objetos, se le pidió que cerrara los ojos, y que con la mano tocara cada objeto, que lo manipulara y que mencionara el nombre del objeto que estaba tocando. En esta actividad también se le pidió a los pacientes que trataran de separar los objetos que tenían la misma forma según lo que percibían con la mano y que separara los objetos de mayor y menor peso.

Se colocó frente a los pacientes figuras geométricas, posteriormente se le pasó una bolsa conteniendo en su interior una de las figuras geométricas, el paciente tenía que meter la mano, para tocar y sentir la forma de la figura geométrica, para luego señalar, cual de los dibujos que tenía frente a él, es el que se encuentra en la bolsa.

Se utilizaron dibujos que se le fueron mostrando al paciente para diferenciar entre cada uno de ellos.

Se tocó a los pacientes, de una manera sencilla, delicada, tierna y respetuosa, por medio de un abrazo, dándole la mano para saludarlo o acariciarlo en la cara. Para que de esta forma sintieran, la cercanía y el afecto de otra persona, ya que la relación humana también necesita sentirse, no solo verse y escucharse, más en estos pacientes quienes tanto afecto necesitan en el proceso de rehabilitación. También porque tocar a alguien es necesario para el desarrollo de la personalidad siempre y cuando se haga con respeto. Esto del afecto y el contacto físico es de mucha importancia ya que por medio de ello se abren puertas para el crecimiento personal de todo individuo, si el afecto es necesario en personas normales, para desarrollarse y sentirse bien, mucho más lo es para personas con algún problema personal, en este caso los pacientes de la neurocirugía por los problemas que afrontan tanto físicos, mentales y emocionales, los mantiene en un estado de desestabilidad, mientras no encuentre el afecto de alguien, se van deteriorando y eso solo complica más su situación, ya que en lugar de lograr un progreso, se estancan, por eso es importante tener presente el contacto físico con ellos, como también el afecto ya que eso permite un cambio, como una rehabilitación positiva.

RESULTADOS

Al iniciar el trabajo con los pacientes, se observó que la mayoría tenían sensibilidad ante los estímulos, pero no podían distinguir entre cada cosa, ya que lo que sentían era simplemente una sensación, por lo que se trabajó bastante en esta área, para que tanto el cuerpo como el cerebro pudieran distinguir y percibir mejor las cosas. Se considera este aspecto como muy importante, ya que el progreso que tuvieron los pacientes, independientemente del problema que los aquejaba lograron una mejor percepción táctil, esto permitió que cada paciente mejorara en las demás áreas puesto que el tacto y la percepción son muy importantes para la audición y visión, por medio de ello tener un mejor panorama adecuado, de lo que nos rodea. En lo que respecta al acercamiento a los pacientes por medio de abrazos y caricias, se observó en un paciente aquella satisfacción y ternura de sentirse querido y apoyado por alguien a pesar de su condición, esto se observó en varias ocasiones por medio de lagrimas en los ojos. La mayoría de los pacientes empezó a reaccionar más ante los

estímulos, táctiles, visuales y auditivos. Por lo que se dio un proceso evolutivo mucho más rápido y más notorio.

MEMORIA

Esto se trabajó específicamente con pacientes que presentaban una lesión moderada y que tenían su lenguaje activo.

Para esto se les presentaba a los pacientes dibujos y objetos preguntándole el nombre, tamaño y color de cada uno, posteriormente se realizaba alguna otra actividad, después de un momento se le volvía a preguntar qué dibujo vio anteriormente, qué colores tenía y de qué tamaño era.

Otra actividad fue que se le mencionaba una serie de palabras a los pacientes, luego se le leía algún cuento o historia; al terminar esto se le pedía que mencionara las palabras que dijo antes de leer el cuento, después de esto se le pedía que explicara o que recordara el cuento que se le leyó.

Frente al paciente se colocó una serie de objetos, por dos minutos, luego se le pedía que cerrara los ojos por un momento, mientras se movía de lugar cada objeto, al abrir los ojos debía mencionar la posición anterior de los objetos.

Con la actividad anterior, también se realizó lo siguiente, tapar uno de los objetos, luego preguntarle al paciente el nombre del objeto oculto, poco a poco se tapaban más objetos.

Entre otras cosas se le pedía a los pacientes que hablaran de su vida y porque se encontraban en el hospital.

RESULTADOS

En memoria casi todos los pacientes estaban mal, fue casi imposible mejorar esta área, por la condición en la que se encontraban, a la hora de realizar las actividades, se observaba poca evolución, era solamente una minoría de paciente los que respondían de forma regular a los ejercicios, fue muy difícil llevar a cabo las mencionadas actividades, porque no tenían retención para guardar y recordar las cosas que en un minuto anterior habían visto o escuchado. Por lo tanto no les gustaba participar en estas actividades. Con el paciente que mayor participación y

aceptación tuvo en esta área todos los días se le estimuló con estas actividades, especialmente con el recuerdo de su vida personal, familiar y laboral, las cosas que no sabía o no recordaba se le fueron diciendo y preguntando constantemente para mejorar su memoria y para hacerlo conciente de su realidad. En general fueron tres pacientes los que lograron estabilidad en esta área y fueron dados de alta sin mayores problemas quizá no lleguen a ser los mismos de antes pero si independientes y participes en su familia. Porque se vio en ellos una gran mejoría, casi imposible de creer que eran las personas que un día llegaron casi vegetales al hospital de accidentes. Estos pacientes no mejoraron solo en esta área sino que en todas las demás. Se fortaleció memoria a corto, mediano y largo plazo, lo que fortalece procesos de aquí y ahora en los pacientes permitiéndoles llevar una vida más normal.

MOTRICIDAD

Estas actividades se utilizaron con pacientes con leve alteración puesto que no todos podían realizar las actividades que se requerían en esta área ya que su condición no se los permitía pues se encontraban en silla de ruedas, tenía manos en garra y algunos eran parapléjicos o cuadriplejicos.

Para esto se le pidió a los pacientes que rasgaran papel, que hicieran bolitas, que pasaran hojas de un libro o cuaderno y si estaba en su posibilidad, cortar papel con tijeras.

Se utilizó una pelota pequeña, el paciente tenía que lanzarla hacia arriba y tomarla con las dos manos, luego con una mano, cada vez lanzarla más alto.

Con la pelota, se le pedía al paciente que la lanzara de una mano hacia la otra, cada vez más rápido, este ejercicio no solo sirvió para mejorar la motricidad sino que también, la memoria, la visión, la audición.

Se realizó una actividad en donde cada paciente debía mover su cabeza hacia arriba y hacia abajo, de un lado hacia el otro lado.

Se les pidió a los pacientes que con su mano dominante y luego con la otra, tomara diferentes objetos que se colocaron frente a él, luego se le pidió que levantaran la mano con el objeto a la altura del hombro y desde ahí dejar caer los objetos.

También se realizaron actividades de soplar, en las cuales los pacientes tenían que soplar fuerte y suave.

Se les pidió a los pacientes que movieran los dedos como si estuvieran escribiendo con la máquina de escribir o en la computadora, tocando una flauta o un piano etc.

RESULTADOS

Fueron pocos los pacientes que lograron mejorar en psicomotricidad, ya que la mayoría sufría de paraplejia en las manos. Por más que se trató de ayudar a los pacientes no hubo muchos cambios, ya que se encontraban muy deterioradas sus habilidades psicomotrices. Los cinco pacientes que tenían mejores condiciones en esta área, lograron una gran mejoría pues se fueron del hospital casi en perfectas condiciones, estos pacientes fueron los que lograron mejorar adecuadamente en todas las áreas trabajadas con ellos, se considera que cada una de las áreas depende de las otras para el funcionamiento adecuado de toda persona, haber logrado que cinco pacientes salieran sin mayores dificultades fue un gran éxito. Los pacientes que aún se encuentran internos en el hospital, al menos mejoraron algunas de las áreas trabajadas, eso también fue muy bueno, pues encontrarlos en un estado muy deteriorado y haberlos dejado mejor fue realmente satisfactorio.

ESQUEMA CORPORAL

Para el esquema corporal se realizó una serie de actividades, en las cuales el movimiento fue esencial, para esto se llevó a cabo lo siguiente:

Se le pidió a los pacientes que levantaran las manos, hacia arriba, hacia abajo, a la derecha, a la izquierda, adelante, atrás, que se dieran un abrazo a sí mismos.

Se les mostró en un cartel el dibujo de una persona, se les fue señalando las diferentes partes del cuerpo, ellos tenían que mencionar el nombre de lo que se les enseñaba. Posteriormente se les pidió que con las manos fueran tocando las partes del cuerpo que se les mencionaba, como: cabeza, hombros, ojos, nariz, etc.

Se inculcó en los pacientes, dar la mano para saludar, utilizar la cabeza para decir si o no, especialmente en los paciente con alteración en el lenguaje.

Para los que tenían más habilidades físicas, se les pedía que trataran, de mover sus piernas, que la presionaran, que se movieran de un lado a otro con la silla de ruedas, sin la ayuda de nadie.

Entre otros ejercicios se les pidió que aplaudieran, que escribieran o que pintaran.

Frente a frente la terapeuta realizaba distintos movimientos con la mano, la cabeza, y los ojos, el paciente debía imitar los mismos movimientos.

RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron en el esquema corporal, fueron muy buenos, en al menos siete paciente, que estaban más activos, ya que tenían menos dificultades, fue muy importante realizar estas actividades porque el movimiento es esencial, para el funcionamiento adecuado de toda persona, ya que el movimiento estimula el cerebro, por lo tanto se logra mejores resultados o habilidades en los pacientes si se les mantiene en constante movimiento, especialmente en los pacientes de neurocirugía craneal. Esto ayudó a que los pacientes mejoraran eficazmente en otras áreas, los cambios observados, fueron buenos ya que se veía a los pacientes más atentos, estaban más concientes de su realidad, el gesto de su cara les cambio, se veían más felices y relajados, incluso en paciente que al iniciar el trabajo estaban muy deficientes, por no recibir tratamiento de esta índole.

MOTIVACIÓN

La motivación siempre fue algo esencial en el proceso de EPS, pues la dificultad de los pacientes era bastante grande, ya que el accidente provocó en ellos, serias alteraciones cerebrales y corporales que los ha hecho ser ahora dependientes de los demás, esto hace que los pacientes emocionalmente estén sufriendo aunque no lo puedan expresar, por tal razón siempre se les estuvo motivando haciéndoles ver que

son capaces de salir de su situación con fuerza de voluntad, que para sus familias son importantes como también para el equipo multidisciplinario, y que no están solos. Aparte se realizaron actividades como celebraciones de días festivos en donde ellos fueron siempre lo esencial y más importante de esos momentos. En general siempre se incentivó a los pacientes a estar alegres, esto se hizo durante el proceso de todas las actividades anteriormente descritas. También se les leyó frases o mensajes motivacionales a cada paciente, los que tenían lenguaje decían que era muy bonito el mensaje, que se los leyéramos otra vez, los que no tenían lenguaje lo expresaban con la mirada o con tratar de apretarnos la mano.

RESULTADOS

Considero que con la motivación se mantuvo la esperanza no solo de los pacientes, sino que también de sus familiares, el hecho de acercarse y hablar con ellos, era un gran apoyo emocional, en gran parte, la motivación contribuyó al beneficio y rehabilitación de todos los pacientes que fueron dados de alta, y claro al bienestar, psicológico, emocional y físico de los que se quedaron. Cada actitud o gesto que los pacientes realizaban ante las actividades fue maravilloso, el hecho de apretarnos la mano para comunicarse, o la mirada expresando su satisfacción; fue una experiencia excelente e inolvidable, porque estar con este grupo de pacientes distinto a los demás, era un gran reto, porque se tenían muchas dudas, al finalizar el trabajo observar cambios en los pacientes realmente llena de satisfacción y orgullo.

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

ATENCIÓN A FAMILIARES

Durante el proceso de EPS, se aprovecharon los pocos días que aún la visita era de once a doce del día, para conversar y familiarizarnos con los familiares de los pacientes, actividad que fue muy necesaria para ir conociendo más ampliamente la historia de los pacientes, como sus expectativas, sus deseos, sus metas y sobre todo sus habilidades, para que de esta manera se trabajara con ellos. Esto se hizo también con la finalidad de mejorar el estado emocional de los familiares.

Se trabajó con los familiares de los pacientes con talleres de motivación, autoestima, control de emociones, y aceptación de la realidad; en estas actividades se utilizó y presentó materiales como cassetts motivacionales, reflexiones y fotocopias de mensajes optimistas, estos talleres se realizaron cada mes y medio, por quince o veinte minutos, ya que no se contaba con mucho tiempo, pues la visita era de una hora y era en un horario fuera de nuestro trabajo. Se aprovechaban actividades que se organizaban en el hospital para impartir estos talleres o realizar alguna otra actividad.

Se realizaron capacitaciones como ejercicios de estimulación y relajación, esto se hizo con el fin de bajar los niveles de ansiedad y estrés de los familiares de los pacientes, ya que de alguna forma estaban sufriendo con sus pacientes, a la vez se aprovecharon estas capacitaciones para enseñarles a trabajar con los pacientes, esto se hizo por medio de observación; la terapeuta se ponía a realizar ejercicios con el paciente, posteriormente se le pedía a él o la familiar que realizará con el paciente la misma actividad que la terapeuta realizó anteriormente, esto se hizo constantemente con un grupo de familiares que eran constantes en las visitas con la intención de motivarlos y hacerlos partícipes en la rehabilitación de los pacientes cada vez que llegaban a visitarlos.

Se festejaron algunos días festivos, como el Día de la Madre y el Día del Padre, para motivarlos a seguir adelante, en nombre de los pacientes, que no podían expresarse, pero que en el fondo de su alma querían expresar ese agradecimiento por el apoyo y cariño que les tienen por estar cerca de ellos ante su situación agravante.

Se elaboró una lista de ejercicios, que fue entregada a algunos familiares, se menciona algunos, porque no todos los pacientes tenían visita, esto se hizo con el propósito, de que los familiares realizaran estos ejercicios con sus pacientes siempre que estuvieran cerca de ellos.

RESULTADOS

En todos los talleres y actividades que se realizaron con los familiares de los pacientes, la mayoría estuvieron participando activamente, aunque había pacientes, que no tenían visitas, por lo que nunca estuvieron presentes sus familiares para dichas actividades. Los logros obtenidos fueron aceptación al trabajo realizado con los pacientes, con ellos mismos y buena voluntad para aprender los ejercicios y colaborar en la rehabilitación de los pacientes. En este sentido el trabajo fue muy beneficioso, porque se observaron las distintas reacciones de los familiares ante el trabajo, para ellos fue algo así como una bendición, el que se llevara a cabo este tipo de trabajo con ellos, ya que eso los hacía sentir mejor y con más coraje para luchar con su paciente, hasta lograr su rehabilitación, lamentablemente no hubo mucho tiempo para realizar las actividades, más constantemente, pero lo poco que se hizo con ellos, fue de gran apoyo y beneficio, eso fue muy evidente.

ATENCION AL PERSONAL DE SERVICIO MEDICO

Durante el tiempo de trabajo se tenía previsto realizar algunos talleres de formación psico-académica con el fin de formar un equipo multidisciplinario fortaleciendo de esa manera una mejor y pronta rehabilitación de los pacientes. Pero lamentablemente no se logró llevar a cabo estas actividades porque la mayoría del personal era muy cerrado y no creían en el trabajo psicológico que se realizaba con los pacientes.

Solamente se logró hacer dos actividades, aprovechando una Sala Situacional que se realiza mensualmente, realizando en esta ocasión un taller de relajación y motivación la cual fue bien aceptada por una buena parte del grupo, solo una minoría la rechazo.

La otra actividad realizada fue la visita del neuropsicólogo norteamericano Tedd Judd que les impartió un taller de neuropsicología, donde les hizo ver la importancia del trabajo psicológico que se estaba realizando con los pacientes. También les enseñó algunos ejercicios a los enfermeros para que ellos puedan participar activamente en la rehabilitación de los pacientes ya que ellos más que los familiares, pasan mayor

tiempo con los pacientes, en dicha actividad participaron solo los enfermeros de turno ya que los médicos ignoraron esta invitación y ninguno se hizo presente.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el trabajo realizado con el personal de servicio, fue muy poco beneficioso, ya que algunas personas, no aceptaron durante el tiempo que se estuvo en el hospital, el trabajo que se llevó a cabo, fueron muy pocas personas que nos apoyaron y colaboraron, al menos ellos se quedaron con la inquietud de conocer más sobre el trabajo, ya que para ellos realmente fue muy bueno e interesante, opinaron que vieron buenos cambios en los pacientes, por lo que agradecieron el trabajo realizado con ellos.

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Durante el proceso de trabajo, se realizó una serie de actividades, para mejorar la condición de los pacientes de la neurocirugía, no dejando atrás el subprograma de investigación, se trató de identificar las formas de afecto de los familiares con sus pacientes, para lo cual se observó lo siguiente:

CARICIAS

No todos los pacientes tenían visita, por diferentes motivos, como lo eran económicos, distancia o abandono. Pero a los que se visitaba con frecuencia, recibían caricias, en la cara, en el cabello, en los brazos y manos, esto se daba por parte de mamá, papá, hermanos, esposas o hijos. Increíblemente esto mantenía a los pacientes con coraje para salir de su problema, se veían en la expresión de su cara y por los gestos que utilizaban. Esto permitió en gran parte la mejoría en estos pacientes, en los pacientes que no recibían este tipo de afecto, era más lento el proceso de recuperación, por lo que como terapeuta y con todo el respeto que cada paciente se merece, se brindó este tipo de caricias a los pacientes que no tenían visitas.

RESULTADOS

Se ha dicho que la motivación es base, para el bienestar de toda persona, las caricias forman parte de esta motivación, ya que la motivación no solo son palabras, sino que también gestos y afecto. Con las caricias que se le daba a los pacientes se observó un gran mejoramiento en los pacientes, los que fueron dados de alta se fueron totalmente cambiados y los que se quedaron al menos mejoraron en su atención y percepción de las cosas.

ABRAZOS

Se observó frecuentemente a los familiares de los pacientes, darles abrazos, algunos los daban con mucha fuerza, otros abrazos eran, con bastante ternura, algunos otros abrazos eran acompañados de palabras dulces o positivas. Se observó también lágrimas en los ojos de algunos familiares a la hora de tener a sus pacientes abrazados.

RESULTADOS

El contacto con las personas es esencial para, las relaciones humanas y para bienestar personal, ya que sin el contacto físico, no habría sensibilidad y ternura. El sentir los pacientes el afecto que se les transmitía en los abrazos, los hacía sentir vivos y valorados, al menos los que se podían expresar lo decían y agradecían por esas muestras de afecto, los que no podían expresarse, lo hacían por medio de gestos o por la mirada. Esto sin duda motivó a algunos pacientes a luchar por su recuperación; indiscutiblemente estas muestras de afecto tuvieron mucho que ver en la rehabilitación de los pacientes. El hecho de tener cerca a alguien que se conoce y que se quiere, es suficiente motivo para darse valor, esto mismo ocurría con los pacientes de neurocirugía, que lograron mejorar sus habilidades por medio del afecto que recibían.

BROMAS

Habían unos pocos familiares, que bromeaban con sus pacientes, les hablaban de cosas que habían compartido juntos, antes de accidentarse, le llevaban fotografías,

les hacían recordar esos momentos de felicidad, estos familiares, daban lo mejor de sí, para ayudar a su paciente. Las bromas que se hacían lo disfrutaban los demás pacientes.

RESULTADOS

Es increíble, pero este tipo de afecto, transmitía felicidad, emoción y bienestar a todos, esto hacía a los pacientes reaccionar mejor, ante los estímulos que se les brindaba en su proceso de rehabilitación. El humor hacía que los pacientes olvidaran su condición de incapacitados. El humor es el que lo mantiene activo y perseverante en situaciones difíciles, precisamente esto es lo que mantenía a los pacientes con satisfacción en medio de su condición estresante.

PALABRAS MOTIVACIONALES

Las palabras jugaron, siempre un motivo de aliento en los pacientes, los pacientes que tenían la dicha de recibir visitas, progresaban más y mejor, que aquellos que de vez, en cuando eran visitados, y de los que nunca fueron visitados. Esto se debió a que los que recibían visitas escuchaban de personas cercanas y queridas palabras de aliento y motivación. Para compensar ese vacío en los pacientes sin visita, la terapeuta, ocupó ese papel, las palabras también son un tipo de afecto, que hace reaccionar el cuerpo, como lo hace el contacto físico. Por eso se observó, el gran beneficio de la afectividad en este tipo de pacientes,

RESULTADOS

Como se sabe las palabras, elevan o destruyen a las personas, en este caso, las palabras utilizadas fueron positivas, esto permitió que se lograra, bastantes reacciones eficaces en los pacientes, como: reaccionar a los estímulos, cambiar su rostro con una sonrisa o con una mirada más serena. Sin duda, el afecto que los familiares brindaron a sus pacientes permitió y de hecho mejoró las condiciones, físicas, intelectuales y emocionales de los pacientes, sin este apoyo de los familiares el trabajo hubiese sido difícil. Se llegó a esta conclusión por medio de la observación,

ya que solo por la observación se pudo llevar a cabo, el objetivo de investigación, debido a las condiciones de los pacientes.



CAPITULO IV

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

SERVICIO

En el servicio brindado, se obtuvieron buenos resultados, pues lo previsto en el proyecto se llevó casi a cabalidad, se refiere casi porque de alguna u otra forma la gravedad de los pacientes no permitía realizar al 100 % las actividades, pues se tenía que estar pendiente de cada uno. Esto se hacía porque habían pacientes que definitivamente solos no podían realizar las actividades, por lo que se les dedicaba más tiempo, y era, la terapeuta la que tenía que realizar las actividades con él paciente, eso limitaba un poco el trabajo con otros pacientes ya que no se podía atender a todos a la vez, más sin embargo se trataba de trabajar con todos o al menos con la mayoría. Por esta razón se utilizó dos días, para trabajar con los pacientes de menos dificultad y tres días, para los pacientes con daños más severos, para tratar de nivelarlos o por lo menos mantenerlos activos y mejorar las áreas que se podían mejorar, por medio de las distintas actividades de estimulación.

La condición de los pacientes fue lo que en ocasiones limitó un poco el trabajo, pero nunca fue una razón para no seguir trabajando con ellos, al contrario eso motivo a seguir adelante.

Lo que benefició el trabajo es que las actividades programadas eran prácticamente, lo que cada uno de los pacientes necesitaba para su rehabilitación, al principio se tuvieron dudas de cómo aplicar el trabajo con los pacientes, por ser un campo nuevo a trabajar, pero después se llevó a cabo de la mejor forma, dando como resultado la mejoría de varios pacientes, que fueron dados de alta con un gran cambio en su rostro, por supuesto también mejoras físicas y emocionales.

Los que aun se quedaron internos mejoraron en gran parte, pues se podía observar en sus rostros, había más serenidad, más movimiento en su cuerpo como también mejor percepción de las cosas.

El trabajo realizado benefició a todos los pacientes, ya que se vieron los resultados en cada uno. Estos resultados se obtuvieron por la constancia, continuidad y dedicación, que se tuvo al trabajo realizado con los pacientes, el no desfallecer y ver siempre lo positivo de los pacientes, aunque fuera algo mínimo; fue un eslabón esencial para la rehabilitación de cada uno.

El trabajo, como se refiere anteriormente no podía hacerse en forma grupal, por la condición agravante, que cada paciente presentaba, por lo que cada uno ameritaba un tratamiento distinto, porque todos tenían distintas necesidades, por tal razón, el trabajo realizado con ellos, fue totalmente individualizado o personalizado, ya que los distintos ejercicios o actividades se hicieron: terapeuta - paciente, frente a frente, para que los resultados fueran positivos; algunos pacientes definitivamente no podían valerse por sí solos, en lo más mínimo, algunos otros si tenían un poco más de facilidad ya que no era mucho el daño que presentaban, pero igual era necesario trabajar con ellos de forma personalizada, si se quería ver u obtener opción a mejores resultados, además esto permitió el acercamiento a los pacientes. El estar cerca de ellos moverles las manos, motivarlos, hablarles etc., hizo que se estimularan todas las áreas afectadas y por ende se estimulara el cerebro, que es lo más importante estimular en este tipo de pacientes, ya que el cerebro es lo más esencial en todo ser humano, para mantener tanto el cuerpo como la mente saludable y activa. Esto permitió en gran medida, obtener el beneficio que se esperaba en los pacientes, mejorando sus habilidades y capacidades de desenvolvimiento, pero sobre todo integrarlos a sus familias, y de alguna forma hacer que logran valerse por sí mismos.

Todo el trabajo que se hizo llena de satisfacción y orgullo, porque se hizo todo lo necesario y lo que estaba al alcance de las manos, para que se cumpliera con los objetivos, y de esa forma obtener los resultados que se obtuvieron, con cada paciente, su bienestar y la de sus familiares, que también jugaron un papel importante en la rehabilitación de los pacientes.

En general los resultados del trabajo fueron muy buenos, a parte de haber sido un nuevo campo de trabajo a emprender, fue una experiencia muy especial, se logro ampliar el conocimiento y sobre todo la satisfacción que se sintió al culminar el trabajo con éxito.

DOCENCIA

Con el trabajo desarrollado, en el área de docencia, se encontraron varias dificultades especialmente con el personal de servicio, que nunca estuvo de acuerdo con el trabajo que se realizó. Siempre se mantuvieron al margen, tomaban conductas inadecuadas y poco profesionales, todo el tiempo criticaron el trabajo, y nunca se tuvo apoyo de parte de ellos, para sacar adelante el trabajo, pero especialmente a los pacientes que siempre fueron lo fundamental.

Todo esto perjudicó en gran parte el trabajo ya que era incómodo estar trabajando, sabiendo que habían personas que observaban y juzgaban sin razón lo que se hacía; pero perjudicó más el hecho de que conforme el tiempo pasaba sacaban a menos pacientes de los cuartos, a la sala de día, que era el lugar en donde se les brindo la atención personalizada, o sacaban a los de mayor dificultad con los que ya no se podía hacer, más que darles mantenimiento, para no tenerlos totalmente aislados de todo, especialmente del afecto, carente de familiares, que ya no los visitaban.

Nunca se contó con una buena participación de los médicos y el grupo de enfermería, en los talleres de capacitación que se tuvieron. Esto no ayudó, a formar un equipo multidisciplinario con ellos, para obtener una pronta rehabilitación de los pacientes. Pero especialmente que conocieran el trabajo y lo beneficioso que es, y que a la vez pudieron ellos utilizar esas técnicas con los pacientes.

Es bueno decir que solo un mínimo grupo de enfermería, y un medico, apoyaron y aceptaron el trabajo, reconociendo el gran beneficio que esto proporcionó a los pacientes y el cambio que se observaba en algunos de ellos.

Por otra parte tuvimos una gran ventaja, y de hecho fue la base para acelerar la rehabilitación de los pacientes, los familiares fueron un gran apoyo, ya que ellos desde el primer momento en que conocieron el trabajo que se estaba desempeñando con los pacientes, lo aceptaron, mostraron interés y se involucraron en las actividades. Este entusiasmo hacía que también los pacientes mejoraran, esto nos lleva a la pauta de que no solo se necesita estimulación para sacar a pacientes con cirugía craneal, sino que también de afecto y motivación.

Se reconoce que esto benefició, de una buena forma el trabajo, y por su puesto la rehabilitación de los pacientes, que lograron beneficios y cambios, lo que fue reconocido y agradecido por los familiares.

Esto es parte de lo que se esperaba obtener, por lo tanto fue un motivo de orgullo, ya que al menos se logró con los familiares trabajar en equipo, para el bien de cada paciente que tanta ayuda necesitaba, para salir de su problemática.

Los familiares conocieron algunas actividades que aplicaron y que posiblemente seguirán aplicando con los pacientes.

INVESTIGACIÓN

Se considera que el trabajo realizado en investigación, no tuvo mayores dificultades, ya que era observable, en los familiares de los pacientes y en los mismos pacientes, lo que se esperaba alcanzar al finalizar los ocho meses de trabajo.

Siendo estos dos grupos la mayor fuente de trabajo y en donde mayor aceptación se tuvo, facilitó nuestro trabajo de investigación, especialmente por el apoyo y la entrega de los familiares por sacar adelante a sus pacientes.

Lo único que perjudicó en una mínima parte el trabajo fue que algunos pacientes, durante el tiempo de trabajo solo tuvieron tres o dos visitas y algunos otros nunca fueron visitados, en ellos de alguna forma fue más limitado su progreso, más no así su rehabilitación.

Para lograr sacar a esos pacientes, se utilizó una nueva técnica, que la terapeuta se encargara de llenar ese vacío, por medio de afecto y motivación que no recibían de los familiares. En algunos casos se pidió la participación de familiares de otros pacientes para que les dieran afecto a los que nunca tenían visita. Increíblemente esto mejoraba la condición de los pacientes.

Al final del trabajo se vieron cambios en los pacientes, que mejoraron su condición por medio del afecto.

ANALISIS DE CONTEXTO

Durante el tiempo de trabajo, como se refirió anteriormente se dieron dificultades, como beneficios, todo eso sirvió para crecimiento personal. Se considero que el trabajo realizado fue bueno, personalmente se pudo observar cambios y mejorías en los pacientes, lo cual hace y en su momento hicieron sentir bien. Claro no se niega que algunas veces, hubo desanimo por las actitudes de las personas que laboran en el hospital, sin embargo mi meta era lo primordial, eso fue lo que impulso a seguir adelante.

No puede quedar desapercibido, ver como algunos pacientes con fuerza de voluntad trataban de salir de su situación, como los familiares eran constantes y de cualquier forma los apoyaba y se involucraban en el trabajo, todo eso fue mucho más grande que la parte negativa del personal de servicio.

Tampoco puede quedar a un lado, el pequeño grupo de enfermería, que trató de apoyarnos en la medida de sus posibilidades, y que de alguna forma nos animaban a seguir con el trabajo.

En general, considero que se hizo un buen trabajo, lo poco o lo mucho que se hizo con cada paciente, es motivo de satisfacción y bienestar personal. Fue una

experiencia muy buena, aparte de un mejor y más amplio conocimiento del trato con este tipo de pacientes que fue nuevo para la carrera que me toca emprender.

Hubo dudas al principio del trabajo, como también las hubo al final, quizá ya no tanto como trabajar con los pacientes, sino porque los pacientes presentan algunos síntomas o conductas, esto debido a que nadie en el hospital, especialmente médicos nos brindaron apoyo.

Sin embargo considero una labor muy buena, y por ende un nuevo campo para la Educación Especial, porque he comprobado que se puede trabajar con este tipo de pacientes.

No dudo que es un buen campo de trabajo y que se puede aprender mucho más de lo que aprendí si hay apoyo de médicos y enfermeras.

Como dije anteriormente considero que se hizo un buen trabajo, hubieron momentos de dificultad y desanimo, más si embargo esto no dio pauta a renunciar, sino más bien a crecer como persona y como profesional.

Durante todo el tiempo de trabajo me sentí bien, unos días mejor que otros, pero bien. Lo más importante de todo es que se, que el esfuerzo y desempeño sirvió, para que hoy en día hallan personas rehabilitadas. Será algo que nunca se olvidará, pues, tener presente la sonrisa de alguien que por un tiempo no sonrió, el apretón de manos de alguien que después de un tiempo, de estar inconciente o inmóvil, logró moverse o escuchar a la persona con dificultad para hablar, después de un tiempo de trabajo decir: “hola, como estas”, o escuchar un “buenos días”, “gracias”, o sentir el abrazo fuerte y lleno de sentimientos de alguien que dijo: “gracias por lo que hizo por mí”, es algo inolvidable, y que siempre me llenará de satisfacción. Porque sé que lo que hice, sirvió para algo bueno.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

GENERAL

El trabajo realizado, fue beneficioso y de enriquecimiento personal, ya que fue una experiencia nueva y muy buena. Lo mejor de todo es que los resultados se pudieron ver antes de que se terminara el tiempo de trabajo.

SERVICIO

Las actividades y el desempeño de los pacientes por salir adelante, jugaron un papel muy importante, para la rehabilitación de varios pacientes, que se fueron del área de neurocirugía, totalmente diferentes a como estaban antes de empezar el trabajo con ellos, ya que se encontraban en abandono, psicológicamente.

El trabajo se fue desarrollo lentamente, porque se tenían dudas, de cómo realmente trabajar, con este tipo de población, pero con forme se fue adaptando a los pacientes, consultando a profesionales y libros, sobre la situación que cada uno de ellos presentaba, se logró poco a poco, trabajar de lleno con ellos y de esa forma lograr los resultados que se esperaban, y la satisfacción, personal de haber logrado trabajar con este tipo de pacientes.

Durante el desarrollo del trabajo no se contó con el apoyo del personal de servicio, como se esperaba, más sin embargo se luchó hasta el final por sacar adelante a los pacientes que siempre fueron lo más importante y esencial del trabajo.

Todo el trabajo que se realizó llena de satisfacción y orgullo, porque se hizo, todo lo necesario y lo que estaba al alcance de las manos, para que se cumpliera con los objetivos, especialmente el de rehabilitar a los pacientes. De esa forma se culminó el trabajo, y se comprobó el bienestar de los pacientes y de su familia.

DOCENCIA

Ha pesar de que se dieron unas diferencias con el personal de servicio, las actividades salieron bien, por medio del apoyo de los familiares, esto permitió que el trabajo fuera más efectivo y beneficioso para los pacientes, ya que siempre es necesario trabajar en equipo, para que se alcancen los objetivos propuestos en cualquier trabajo.

Con este trabajo se logró obtener resultados positivos, esto se debe a la entrega, a la constancia y al apoyo de familiares de los pacientes, que forman parte esencial en el desarrollo del trabajo y la rehabilitación de los pacientes. De las personas atendidas, se logró rehabilitar a cinco personas en su totalidad, tres lograron mejorar algunas áreas y el resto al menos fue reestablecida en un cuarenta por ciento. Esto da a conocer que lo simple que parece ser la estimulación, es realmente grande en mejorar la calidad de vida de una persona, no dejando a tras, lo importante que es la motivación y el afecto, en este tipo de pacientes.

INVESTIGACIÓN

Fue bueno conocer más ampliamente, los tipos de caricias, que los familiares de los pacientes les proporcionaban, y el efecto que esto tiene en la rehabilitación, es increíble pero los paciente que recibían afecto o que tenían visitas con frecuencia lograban mejorar y adaptarse con más facilidad al proceso de rehabilitación.

Se logró en investigación, comprender y comprobar la importancia del apoyo de los familiares de los pacientes, que se acercaban a ellos con ternura, y de alguna forma los apoyaban con su presencia o con su acercamiento a ellos.

Otra cosa muy importante que se realizó en investigación fue observar, el avance y la mejoría que los pacientes tenían, con el apoyo de sus familiares. Esto permitió que a aquellos pacientes a quienes no eran visitados, o estaban totalmente abandonados, por su familia, se les dedicara un tiempo especial para reemplazar el cariño o afecto que les faltaba, para que de esa forma se lograran también con ellos los mismos

beneficios que los pacientes que contaban con el apoyo de su familia. De hecho esto funcionó y se comprobó que es importante tener el apoyo de la familia para poder salir de cualquier situación difícil.

RECOMENDACIONES

GENERAL

Apoyar incondicionalmente a los pacientes, sin importar el grado de dificultad en el que se encuentran.

SERVICIO

Es bueno tratar a los paciente como personas normales, encaminándolos ha su realidad, para que tomen conciencia de su situación y que de ahí logren sacar fuerzas para salir adelante.

Tenerse confianza a si mismo, como terapeuta y creer en el trabajo que se realiza; ya que esto se refleja en el fortalecimiento que se tiene hacia los pacientes, lo que ha su vez se evidencia en la confianza que obtienen durante el proceso de rehabilitación.

No dejar desapercibida la importancia, de tener presente siempre los objetivos que se pretenden alcanzar, para culminar el trabajo con éxito.

Visualizar siempre las capacidades de los pacientes como algo esencial en su rehabilitación, aunque sea algo tan mínimo, como escuchar un sonido, pues eso permitirá hacer funcionar nuevamente esa área.

DOCENCIA

Tratar de involucrar a todas las personas, en el servicio que se brinda, especialmente a las personas más cercanas a los pacientes, eso permitirá que el trabajo sea más fácil y eficaz.

Es importante capacitar a familiares de los pacientes, para que ellos también colaboren en la rehabilitación de los pacientes dentro y fuera del hospital.

En la medida de lo posible, hacer que el personal de servicio se involucre en las actividades, para formar un equipo multidisciplinario, logrando de esa forma un mejor servicio y beneficio de los pacientes.

INVESTIGACIÓN

Tener siempre presente, lo que se pretende conocer durante el trabajo, estar siempre constantes en las evoluciones de los pacientes, y por su puesto informarse sobre los cambios, como las ventaja y desventajas que cada paciente presenta.

Es importante ser muy observador, para detectar las habilidades de los pacientes, y estas sean aprovechadas al máximo, durante el proceso de rehabilitación.

Cuando no halla apoyo de familiares hacia algún paciente, ocupar ese vacío acercándose a ellos, dándoles nuestro tiempo y afecto, ya que se ha comprobado que es algo muy importante y esencial para la rehabilitación de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Condemarin, Mabel

Madurez Escolar

Editorial: Andrés Bello, Santiago de Chile

Octava edición, 1996

407 páginas

Zapata, Oscar

La psicomotricidad y el niño

Editorial: Trillas, México

Quinta edición, 1999

323 páginas

Enciclopedia Encarta 2005

Ibarra, Luz María

Gimnasia Cerebral

Editorial: Garnik, México

Séptima edición, 1999

127 páginas

Judo, Tedd

Manual de neuropsicología práctica

Primera edición, 2000

283 páginas

Gonzáles Guerra, Beatriz Eugenia

Tesis: La estimulación temprana como prevención del alto riesgo

Milagros, Damián

Manual de estimulación temprana

Editorial: Trillas, México

Primera edición, 2000

194 paginas

