

Universidad Nacional
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología

Proyecto de graduación:

**PROPUESTA DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDA A
PERSONAS CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO, ATENDIDAS EN EL
PROYECTO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN CRANEOENCEFÁLICA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL**

Trabajo Final de Graduación sometido a consideración del Tribunal Examinador para optar por
el grado de Licenciatura en Psicología

Sustentantes:

Mary Paz Fuentes Castro, Bach.

María Julia Madrigal Casone, Bach.

Comité asesor:

Persona tutora: Mónica Salazar Villanea, PhD.

Persona asesora: Mauricio Blanco Molina, PhD.

Persona asesora: Jorge Salas Cabrera, PhD.

Campus Omar Dengo, Heredia, Costa Rica

2024



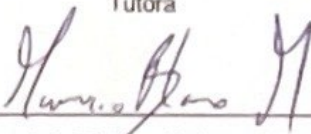
Presidencia, Representante Decanato de la
Facultad de Ciencias Sociales



Representante Dirección de la Unidad
Académica



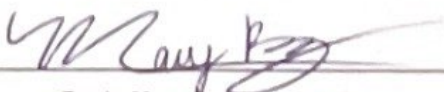
Mónica Salazar Villanea, PhD.
Tutora



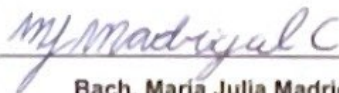
Mauricio Blanco Molina, PhD.
Lector



Jorge Salas Cabrera, PhD.
Lector



Bach. Mary Paz Fuentes Castro
Sustentante



Bach. María Julia Madrigal Casone
Sustentante

DEDICATORIAS

A los pacientes, cuyas historias de vida inspiraron y guiaron este proyecto, y que sin ustedes no hubiera sido posible.

A quienes me acompañaron en este camino y me ayudaron a convertirme en quien soy hoy; y, a la vida, por las oportunidades y experiencias que me permitieron crecer y aprender.

Mary Paz Fuentes Castro

A mia nonna, que partió antes de tiempo, pero vive eternamente en mi corazón, iluminando cada paso de mi camino.

A todos los pacientes que, con su presencia y resiliencia en los talleres, hicieron posible que este proyecto cobrara vida.

María Julia Madrigal Casone

AGRADECIMIENTOS

Primero, quiero agradecer a mi familia, por enseñarme la importancia del esfuerzo y la perseverancia. A mi mamá, gracias por siempre impulsarme a ser la mejor versión de mí, y por ser mi apoyo incondicional, junto a Toby por supuesto. A mi papá, gracias por ayudarme a cumplir mis sueños y enseñarme a aprovechar cada oportunidad para crecer. A Lourdes, gracias por enseñarme con el ejemplo, por guiarme y aconsejarme a ser persona que soy hoy. Y, a Soso, gracias por enseñarme a siempre encontrar lo maravilloso de la vida.

A la Dra. Mónica Salazar, cuya dedicación y pasión han sido una inspiración. Gracias por guiarnos en este camino y por creer en nosotras, incluso en los momentos de duda. Ha sido un verdadero privilegio poder aprender de su profesionalismo y vasta experiencia. Al Dr. Mauricio Blanco, por su apoyo incondicional y sus valiosas orientaciones, tanto a lo largo de mi formación como en este proceso. Su entusiasmo y pasión por la investigación me inspiraron a dar lo mejor de mí, así que gracias por compartir su conocimiento y por inspirarnos a siempre ir más allá.

Al Dr. Jorge Salas, gracias por confiar en nuestra propuesta y abrirnos el espacio para trabajar en conjunto por el bienestar de los pacientes. Su perspectiva, guía y valiosas enseñanzas sobre la rehabilitación fueron esenciales para el proyecto. Y a la MSc. Teresita Campos y MSc. Gabriela Vindas, gracias por darme la oportunidad de trabajar con ustedes y descubrir mi pasión en esta profesión.

A María Julia, mi compañera de trabajos y amiga, juntas hemos construido algo valioso y hemos aprendido mucho en el proceso. Atesoraré siempre esta etapa de nuestras vidas en la que hemos crecido personal y profesionalmente, de los momentos que hemos compartido y las lecciones que hemos aprendido juntas. Y a su familia, estoy profundamente agradecida por su cariño y por todo lo que hicieron por mí, gracias por tratarme como una hija más.

En el transcurso de este camino, tanto profesional como personal, he tenido la dicha de estar acompañada por personas extraordinarias. A Ana, Pame, Kelly, Noe, Ari, Caro, y Andrés, gracias por estar siempre a mi lado, brindándome apoyo y motivación para seguir adelante.

Y a todas las personas que me han inspirado y motivado a alcanzar mis metas, estoy profundamente agradecida por cada una de ustedes y por el papel que han desempeñado en este capítulo de mi vida.

Mary Paz Fuentes Castro

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi familia por impulsarme siempre a creer en mis capacidades y ser parte esencial de mi formación, convirtiéndome en la persona que soy hoy. A mi mamá, por sembrar en mí el sentido de responsabilidad en cada una de las metas que me propongo. Gracias por brindarme fortaleza en los momentos más difíciles y por ser mi mayor inspiración para seguir adelante. A mi papá, por amarme incondicionalmente siempre mostrándome que los verdaderos logros se alcanzan con trabajo duro y corazón. Así como, por darme el ejemplo de lo que significa ser un profesional con carisma, ética y dedicación.

A mi hermana, por apoyarme incondicionalmente y ser mi refugio en los momentos difíciles, siempre dispuesta a escucharme y brindarme su consejo. Además de ser mi compañera de risas y alegrías. A mis padrinos, que, como siempre, han sido parte fundamental de mi crecimiento tanto personal como profesional, guiándome con su sabiduría y apoyo incondicional en cada paso de mi vida.

A Sol, mi pareja, que me sostuvo la mano durante todo este proceso de trabajo final de graduación, creyendo en mí cuando yo dudaba, y acompañándome con su amor y apoyo constante, dándome la fuerza para seguir adelante, y compartiendo cada logro como si fuera suyo. A su familia, que también formó parte de este camino, ofreciéndome su consejo, escucha y siempre abrigándome con la calidez de su hogar.

También quisiera agradecer a todas las personas académicas que han sido parte esencial de mi formación como psicóloga, pues gracias a ellas sé que llegaré a ser la mejor versión de mí en esta carrera. A la Dra. Mónica Salazar Villanea, por confiar en nuestro potencial y guiarnos con dedicación, su apoyo constante nos hizo sentir valoradas en cada etapa de este viaje. Ha sido un honor aprender de su profesionalismo. Al Dr. Mauricio Blanco Molina por creer en mis habilidades desde el primer día, reconociendo mi responsabilidad y pasión por esta profesión. Al Dr. Jorge Salas Cabrera, por depositar su confianza en nosotras y abrirnos las puertas de PRIRECRA, brindándonos esta valiosa oportunidad.

Por último, pero no menos importante, a mi compañera de trabajo final de graduación Mary Paz, quien no solo ha sido mi aliada en todos los proyectos universitarios, sino también una amiga invaluable. En esta relación que mezcla lo académico con la amistad, hemos construido este trabajo de graduación con el mismo aprecio y dedicación que nos tenemos mutuamente.

María Julia Madrigal Casone

RESUMEN

Introducción. El Daño Cerebral Adquirido (DCA) representa cambios tanto en las dimensiones físicas como psicológicas y sociales de las personas. En Costa Rica, la atención a personas con DCA se centra principalmente en la rehabilitación física; por lo que, este proyecto surge como una respuesta a la necesidad de integrar un enfoque psicoeducativo dentro del Proyecto Integral de Rehabilitación Craneoencefálica (PRIRECRA). **Objetivos.** El objetivo principal del proyecto fue desarrollar una propuesta de acompañamiento psicoeducativo dirigida a personas con daño cerebral adquirido, atendidas en PRIRECRA. Esta propuesta tuvo como finalidad promover el desarrollo de la consciencia de enfermedad, a través de la educación para la salud; facilitar la adquisición de herramientas y estrategias de afrontamiento para el ajuste emocional y psicosocial ante las secuelas y cambios; y fomentar la participación activa con respecto al proceso salud-atención-enfermedad mediante grupos psicoeducativos. **Metodología.** La intervención se basó en el Modelo de Grupo Psicoeducativo Estructurado de Fawzy y Fawzy (2011), adaptado para atender las características específicas del DCA. Se realizaron tres talleres psicoeducativos dirigidos tanto a pacientes como a sus allegados. Estos talleres abarcaron los aspectos cognitivo-conductuales, emocionales y psicosociales relacionados con las secuelas del DCA. Los talleres se acompañaron de materiales psicoeducativos. **Resultados.** La propuesta logró el desarrollo, ejecución y evaluación de un protocolo de acompañamiento psicoeducativo. Los resultados reflejaron el auto reporte de una percepción de mejora en la comprensión de las secuelas del DCA y la adquisición de herramientas para afrontarlas, tanto en pacientes como en sus allegados. La retroalimentación de los participantes fue positiva, permitiendo diseñar una propuesta que cumple con los objetivos del proyecto. Se creó una base sólida para la replicabilidad del protocolo, permitiendo que PRIRECRA continúe implementando este enfoque psicoeducativo en el futuro. **Conclusiones.** El proyecto permitió posicionar un enfoque integral que aborda las dimensiones emocionales y psicosociales del DCA. La implementación de talleres psicoeducativos contribuye a la adherencia al tratamiento al reconocer sus beneficios, mientras promueve la adquisición de herramientas para un mejor ajuste emocional y social. Se recomienda continuar desarrollando alianzas interdisciplinarias para garantizar una atención integral y sostenible para esta población.

Palabras clave: Psicología, Neuropsicología, Psicología de la Salud, Psicoeducación, Daño Cerebral Adquirido, DCA, Rehabilitación

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN.....	1
OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos	3
CAPÍTULO II. REFERENTE CONTEXTUAL.....	5
CONTEXTO NACIONAL E INSTITUCIONAL.....	5
DELIMITACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	6
DEFINICIÓN DEL GRUPO META.....	7
CAPÍTULO III. MARCO CONCEPTUAL	9
REFERENTE CONCEPTUAL.....	9
Enfoque teórico.....	9
Psicología de la salud.....	9
Neuropsicología.....	9
Conceptos y procesos.....	10
El proceso de rehabilitación neuropsicológica	10
Acompañamiento psicoeducativo	11
Intervenciones sobre los aspectos cognitivo-conductuales del DCA.....	12
Intervenciones sobre los aspectos emocionales asociados al DCA	12
Intervenciones sobre los aspectos psicosociales implicados en el DCA	13
Características del daño cerebral adquirido.....	14
Enfermedades vasculares cerebrales	15
Traumatismos craneoencefálicos	15
ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	16
Aportes desde la Psicología de la Salud en cuanto a los procesos de rehabilitación	16
Control de la condición de salud como factor determinante del proceso de rehabilitación	17
Los actores del proceso de rehabilitación.....	18
APORTE DE LA PSICOLOGÍA Y DE PROFESIONALES EN EL ÁREA	19
CAPÍTULO IV. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	21
DEFINICIÓN DEL ENFOQUE Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA	21
Modelo de Grupo Psicoeducativo Estructurado de Fawzy y Fawzy (2011).....	21
TÉCNICAS.....	22
Talleres	22
Materiales psicoeducativos.....	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE.....	24
VIABILIDAD DEL PROYECTO.....	25
FASES DEL PROYECTO	25
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	27
FUNCIÓN DEL EQUIPO DE PROFESIONALES	28
REFERENCIA A MECANISMOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	28

INDICADORES DE LOGRO, MEDIOS DE VERIFICACIÓN Y PRODUCTOS	29
PRESUPUESTO	31
<i>CAPÍTULO V. RESULTADOS</i>	<i>35</i>
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO Y RESULTADOS OBTENIDOS	35
Fases de la elaboración y ejecución del trabajo final de graduación	36
Primera fase. Acercamiento inicial e identificación de la situación-problema en la población	36
Segunda fase. Diseño y ejecución del protocolo	36
Diseño	36
Ejecución.....	40
Tercera fase. Evaluación del protocolo.	41
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN INTERPRETATIVA DE RESULTADOS	50
<i>CAPÍTULO VI. CONSIDERACIONES FINALES</i>	<i>55</i>
CONCLUSIONES.....	55
LIMITACIONES Y FACTORES OBSTACULIZADORES DEL PROCESO	58
APRENDIZAJES SOBRE EL PROCESO PARA EL FUTURO PROFESIONAL DE LAS SUSTENTANTES	59
RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS A FUTURO	60
Para PRIRECRA, institución con la que se realizó el proyecto	60
Para la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Costa Rica.....	61
Para las futuras personas estudiantes interesadas en ejecutar la propuesta del presente proyecto	62
REFERENCIAS	1
ANEXOS	11
Anexo 1. Instrumento diagnóstico	11
Anexo 2. Fórmula de Consentimiento Informado para participación en el proyecto.....	13
Anexo 3. Carta de la institución sobre la necesidad de proyecto	19
Anexo 4. Cronograma de actividades.....	20
Anexo 5. Diagrama del proceso correspondiente a las fases de la propuesta	24
Anexo 6. Desglose de los talleres	25
Introducción a los talleres	25
Taller #1: Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales.....	26
Recursos utilizados para la ejecución del Taller #1	28
Ficha para actividad del bingo de conductas y comportamientos asociados al DCA	28
Figura humana para identificación de secuelas cognitivo-conductuales y sus estrategias	28
Video utilizado para aprendizaje y práctica la técnica de relajación	28
Taller #2: Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje.....	29
Recursos utilizados para la ejecución del Taller #2	30
Ficha para actividad del bingo sobre emociones y sentimientos	30
Cartulina para ejemplificación de secuelas emocionales y sus estrategias mediante metáfora del árbol	31
Video utilizado para aprendizaje y práctica de la técnica de mindfulness	31
Taller #3: ¿Quién soy después del DCA?	31
Recursos utilizados para la ejecución del Taller #3	33
Ficha para actividad del bingo sobre aspectos de la identidad	33
Cartel utilizado para identificar aspectos relacionados a la identidad previo y posterior al evento.....	33
Caso utilizado para actividad de análisis de caso sobre secuelas psicosociales del DCA e identificación de estrategias	34

Video utilizado para aprendizaje y práctica de la técnica de meditación y respiración	34
Anexo 7. Presentaciones utilizadas para los talleres.....	35
Taller #1: Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales.....	35
Taller #2: Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje.....	41
Taller #3: ¿Quién soy después del DCA?	47
Anexo 8. Manual “Conviviendo con el Daño Cerebral Adquirido, guía para personas acompañantes y familiares”	52
Anexo 9. Folleto “Guía práctica para el autocuidado de acompañantes o familiares”	53
Anexo 10. Página web “Conviviendo con el Daño Cerebral Adquirido, herramientas y estrategias para su abordaje”	53
Anexo 11. Manual “Guía para implementación de acompañamiento psicoeducativo dirigido a personas con daño cerebral adquirido”	54
Anexo 12. Rúbrica de evaluación para retroalimentación por parte de las personas participantes	54
Anexo 13. Resultados de las actividades desarrolladas en los talleres para la identificación de secuelas asociadas al DCA y sus posibles herramientas y estrategias para el ajuste	55
Taller #1: Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales.....	55
Taller #2: Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje.....	56
Taller #3: ¿Quién soy después del DCA?	57
Anexo 14. Registro de las sesiones de los talleres	59
Taller #1: Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales.....	59
Taller #2: Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje.....	60
Taller #3: ¿Quién soy después del DCA?	61
Anexo 15. Rúbricas de evaluación sobre el cumplimiento de los objetivos específicos del proyecto por parte de la población beneficiaria	62
Anexo 16. Rúbrica de evaluación sobre la experiencia y participación en el protocolo de acompañamiento psicoeducativo por parte de la población beneficiaria	64
Anexo 17. Registro de la sesión de presentación de materiales psicoeducativos y retroalimentación sobre la participación en el protocolo	65

TABLA DE FIGURAS

<i>Tabla 1. Presupuesto planteado inicialmente en el anteproyecto para la ejecución del TFG</i>	32
<i>Tabla 2. Presupuesto ajustado a partir del apoyo económico brindado por FOCAES para la ejecución del TFG</i>	32
<i>Tabla 3. Asistencia a los talleres de acompañamiento psicoeducativo dirigida a personas con DCA, atendidas en PRIRECRA en el periodo marzo-abril 2024</i>	41
<i>Tabla 4. Resultados de las acciones específicas y coordinaciones para el cumplimiento de los objetivos, según medios de verificación e indicadores de logro</i>	42

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de la salud, la inserción de la Psicología con un modelo biopsicosocial permite trabajar desde una perspectiva integral, que contempla las dimensiones físicas, psicológicas y sociales del proceso salud-atención-enfermedad en casos de cambios neurocognitivos por lesión cerebral (Salazar et al., 2016). Así, investigaciones sobre los factores emocionales, cognitivos y conductuales en el Daño Cerebral Adquirido (por sus siglas, DCA) demuestran que existen condiciones en el contexto de la persona que determinan su capacidad de adherencia al tratamiento para su recuperación y su sentido de bienestar (Kidd et al., 2016; Boosman et al., 2015; y Cortés et al., 2011). Es decir, en el proceso de rehabilitación, la calidad de vida de la persona no depende únicamente de la capacidad de adaptarse a las secuelas físicas derivadas de su condición de salud sino de la posibilidad de mantener un andamiaje que promueva su bienestar integral (Salazar et al., 2016; Soria et al., 2011; y Lopera-Vázquez, 2018a).

Gracias a la Psicología, es posible brindar herramientas que faciliten el proceso de ajuste a la nueva condición de salud y la nueva condición de vida de quienes acuden a los programas de rehabilitación, sea a lo largo del tratamiento o luego del proceso de recuperación (Gandolfi et al., 2021; Quiroz, 2014; Liu et al., 2021; y Salazar et al., 2016). En ese sentido, la psicoeducación para la promoción de la salud es una de las posibles vías para la atención de las necesidades psicológicas de la población usuaria de los programas de rehabilitación (Muñoz et al., 2017). Al mismo tiempo, contribuye en el ajuste psicológico a la condición de salud, al promover la participación y reinserción en el contexto, la adherencia al tratamiento, adquisición de información sobre la condición y reconstrucción del sentido propio (Wilson, 2003).

En el contexto costarricense, la inserción de la Psicología en dicho ámbito se ha fortalecido gracias al proyecto interdisciplinario e interinstitucional "Calidad de vida en pacientes con tumores cerebrales y sus familias, UCR - Hospital México", desarrollado bajo la dirección de la Dra. Salazar Villanea en la Escuela de Psicología y con el cual se han llevado a cabo Trabajos Finales de Graduación (por sus siglas, TFG) en el área de Psicología, de forma continua desde el 2013 (Salazar et al., 2016). Como resultado, intervenciones como las de Ortega (2013), Ortiz (2014), Quesada (2015), y Serrano et al. (2022) han favorecido el progreso y la inserción de la psicología como disciplina necesaria en el contexto del sistema de salud costarricense.

Además, Quesada (2015) ejecuta un programa, en el cual la Psicología contribuye desde el acompañamiento psicológico y psicoeducativo, proponiendo la elaboración de materiales didácticos en un abordaje más integral. Consecuentemente, las inserciones realizadas por Ortiz (2014), Ortega (2013) y Quesada (2015) documentan la relevancia de brindar una atención centrada en la integralidad de la persona, que promueva la participación de esta en su proceso de rehabilitación y que – de ser posible – integren a las personas allegadas a quienes asisten a los programas. Asimismo, en este tipo de intervenciones resulta fundamental facilitar la adquisición de estrategias de afrontamiento y ajuste, al igual que la promoción de la consciencia de enfermedad contemplando el autoconcepto y la identidad (Ownsworth y Clare, 2006; y Lundqvist et al., 2010).

Dicho lo anterior, en la Universidad Nacional de Costa Rica (por sus siglas, UNA), el Proyecto Integral de Rehabilitación Craneoencefálica (por sus siglas, PRIRECRA) es otro referente nacional fundamental en el tema, puesto que surge ante la saturación en los servicios públicos intrahospitalarios para la atención de pacientes con DCA, en un grado leve o moderado y que son referidos por parte del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social (por sus siglas, CCSS); con el fin de mejorar las funciones sensomotoras y cognitivas (J. Salas, comunicación personal, 13 de octubre de 2022). Sin embargo, en ese proyecto, debido a limitaciones económicas, no ha sido posible atender los componentes psicológicos vinculados al DCA (J. Salas, comunicación personal, 18 de julio de 2022). De ahí que se dificultan elementos como la adherencia al tratamiento, la aceptación de la condición de salud y el abordaje de las secuelas asociadas a esta, que se indican como aspectos centrales para un mejor pronóstico (Salazar et al., 2016; y Wilson et al., 2009), y que serán detalladas en el Capítulo III.

Por ende, se propuso aplicar la metodología del grupo psicoeducativo, la cual parte del acompañamiento psicoeducativo; y, en el presente proyecto, permitió brindar información respecto de los cambios que conlleva el DCA y favorecer una mejor comprensión y abordaje de sus secuelas. Por consiguiente, el propósito fue promover la adquisición y el desarrollo de la consciencia de enfermedad, así como de herramientas para el ajuste emocional y psicosocial, a fin de fomentar la participación activa de las personas que acuden a PRIRECRA en su proceso de rehabilitación. De ese modo, el protocolo tomó como referencia el Modelo de Grupo Psicoeducativo Estructurado (Fawzy y Fawzy, 2011), ya que contempla la metodología mencionada anteriormente, pero le agrega la importancia de considerar las características del DCA; por ello, se adapta a una ejecución de los talleres de duración breve y estructurada (Quesada, 2015).

Además, al contemplar la saturación ya mencionada, fue evidente la existencia de una demanda en cuanto a la atención de tal población. En ese sentido, resultó necesario consolidar alianzas a nivel científico-académico y multidisciplinario que favorecieran el servicio de atención brindada en los procesos de rehabilitación para DCA y, consecuentemente, aportar en los beneficios para la calidad de vida de las personas pacientes y aquellas allegadas a esta población (Salazar et al., 2016). Por lo tanto, como resultado indirecto de la actual propuesta, se planteó la posibilidad de brindar el acceso a oportunidades de desarrollo mediante las prácticas profesionalizantes (por sus siglas, PPS), lo que beneficia al estudiantado de la Escuela de Psicología y a quienes participan en PRIRECRA.

Finalmente, es relevante explicitar que la propuesta de TFG se realizó en el marco del proyecto C1326 “Narrativas sobre el Daño Cerebral Adquirido (DCA): visibilización y resignificación” del Instituto de Investigaciones Psicológicas (por sus siglas, IIP) de la Universidad de Costa Rica (por sus siglas, UCR), cuyo objetivo es indagar sobre las experiencias ante los cambios producidos en dicha población, con el fin de proponer un modelo conceptual y de abordaje del DCA en Costa Rica, dirigido por la Dra. Mónica Salazar Villanea, como investigadora principal. Así, además de posicionarse bajo los protocolos éticos de dicho proyecto bajo la supervisión de la Dra. Salazar Villanea como directora del TFG, la presente propuesta ha sido beneficiada por el acceso a los recursos psicoeducativos desarrollados y validados por dicho proyecto.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general

Desarrollar una propuesta de acompañamiento psicoeducativo dirigida a personas con daño cerebral adquirido, atendidas en el Proyecto Integral de Rehabilitación Craneoencefálica de la Universidad Nacional de Costa Rica

Objetivos específicos

- Promover el desarrollo de la consciencia de enfermedad con respecto al DCA, mediante la educación para la salud con el diseño de una propuesta de acompañamiento psicoeducativo
- Facilitar la adquisición de herramientas y estrategias de afrontamiento para el ajuste emocional y psicosocial ante las secuelas y los cambios resultantes del DCA mediante la implementación de una propuesta de acompañamiento psicoeducativo

- Fomentar la participación activa con respecto al proceso salud-atención-enfermedad mediante grupos psicoeducativos dirigidos a personas con DCA

CAPÍTULO II. REFERENTE CONTEXTUAL

CONTEXTO NACIONAL E INSTITUCIONAL

A nivel nacional, específicamente en el servicio de Neurocirugía del Hospital México, el cual da cobertura al 46% de la población nacional que presenta DCA con patología tumoral cerebral, “se han documentado los beneficios de las intervenciones neuropsicológicas tempranas en la recuperación de esta población” (Serrano et al., 2022, p. 55). Como bien se expondrá en otros apartados, los tumores cerebrales son una de las diversas causas de DCA; ergo, los porcentajes de personas atendidas en el Servicio de Neurocirugía podría ser aún mayor en dicho hospital. En este sentido, según la Organización Mundial de la Salud (por sus siglas, OMS), las enfermedades cerebrovasculares perjudican a 15 millones de personas anualmente (Rimoldi, 2015). La Federación Española de Daño Cerebral Adquirido (por sus siglas, FEDACE) indica que hay más de 435.400 personas con DCA en dicho país (2022); sin embargo, cabe aclarar que en Costa Rica no existen datos de índole similar con respecto a dicha condición.

Entre las secuelas a nivel emocional, cognitivo y psicosocial, es pertinente considerar que un 63% de la población que padece de DCA ha percibido discriminación, y 7 de cada 10 personas vivencian un declive en su salud emocional debido a la condición (FEDACE, 2020). Asimismo, desde la perspectiva de las personas cuidadoras, en esa población se reporta la percepción de emociones asociadas al duelo y estrés (López de Arróyabe y Calvete, 2013); al igual que suelen manifestar desmotivación, mientras el 44% de la población de mayores de 40 años han sido diagnosticada con ansiedad y/o depresión (Champion, 2006; y FEDACE, 2020). Además, dicha población puede padecer de comorbilidades asociadas al DCA como: hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes y sobrepeso (FEDACE, 2020).

A nivel nacional, PRIRECRA busca la rehabilitación principalmente de las afectaciones físicas resultantes del DCA; pero, asimismo, han procurado e intentado brindar una atención integral ante los otros tipos de secuelas mencionados anteriormente. Así, PRIRECRA ofrece un programa personalizado de ejercicios con una duración de doce semanas, al cual las personas pacientes asisten según el horario de conveniencia (sea martes, jueves y/o sábado). Por ende, es importante aclarar que no se conforma un grupo en específico, ya que constantemente las personas pacientes son referidas al programa. Sin embargo, debido a las limitaciones económicas, igualmente todavía no les ha sido posible contar con profesionales en Psicología que atiendan la demanda de atención a las necesidades psicológicas de dicha población (J. Salas, comunicación personal, 13 de octubre de 2022).

DELIMITACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

Después de la atención del evento y las secuelas inmediatas del DCA mediante la hospitalización, las necesidades de las personas que padecen dicha condición y que ingresan a un programa de rehabilitación, se concentran en la estabilización y mejora de las secuelas, promover la reinserción social y autonomía propia, lo mismo que brindar información y apoyo a las personas pacientes y aquellas allegadas a esta población (FEDACE, 2020). De modo que, con el objetivo de atender la saturación de la CCSS en cuanto a la rehabilitación de personas con DCA, PRIRECRA propone un plan, de carácter funcional y estructural para la mejora en los ámbitos físicos y cognitivos de la persona (J. Salas, comunicación personal, 13 de octubre de 2022).

Así, con el fin de definir la pertinencia de la Psicología en dicho contexto, se realizó un proceso preliminar de familiarización y observaciones de la dinámica del programa y entrevista dirigida al director de PRIRECRA, con escucha de relatos de pacientes que asistían actualmente al programa y que se encontraban en su dinámica usual de rehabilitación. La entrevista al director constó de 19 ítems orientados a indagar en la metodología del proyecto, la inclusión de la Psicología en este y la caracterización de la población que acude al programa (ver [Anexo 1](#)). De ahí que, resultó posible conocer que PRIRECRA fue creado como respuesta ante la demanda en los servicios de salud de ofrecer un centro de atención especializado en el DCA; por ende, mantiene una alianza con el servicio de neurocirugía del Hospital México, el cual refiere a pacientes con un grado leve o moderado de DCA al PRIRECRA (J. Salas, comunicación personal, 13 de octubre de 2022).

Como resultado, se identificó una primera demanda que surge de la saturación en los servicios de salud para atender las necesidades de las personas pacientes con DCA; y la cual, en lo que respecta principalmente al ámbito físico, es satisfecha ya por PRIRECRA al atender a pacientes referidos por el hospital precitado. Mediante el enfoque en el aspecto físico-funcional, a las personas pacientes les resulta posible optimizar el control fisiológico de su estrés mediante los programas de ejercicios. No obstante, el director de PRIRECRA comentó que han ocurrido situaciones a nivel emocional y psicosocial dentro del proyecto que no se han logrado abordar, debido a la falta de profesionales en disciplinas como la Psicología; los pacientes, entonces, deben de ser referidos a un ente externo para su atención (J. Salas, comunicación personal, 13 de octubre de 2022).

Además, durante las observaciones, se contó con la escucha de relatos de algunas personas participantes del proyecto que abordan los cambios que han percibido después del DCA, las necesidades a nivel psicológico en su proceso de rehabilitación y, por último,

manifestaron la percepción del valor de la participación de la Psicología en el proceso de salud-atención-enfermedad. Los relatos de las personas con DCA revelaron vivenciar cambios a nivel emocional, cognitivo-conductual y psicosociales. Igualmente, señalaron que la Psicología podría contribuir a su proceso de adaptación y rehabilitación a su condición de salud, ya que consideraron que esta es parte esencial de su bienestar. En tal sentido, una segunda demanda surgió de la necesidad por parte de la población con DCA que acude al programa con respecto al acceso y la atención integral a su proceso de rehabilitación.

Esta realidad descrita, con necesidades específicas insatisfechas en cuanto al apoyo psicológico, justificó la pertinencia de realizar un acompañamiento psicoeducativo dirigido a personas con DCA que asisten a PRIRECRA, con la meta de promover la comprensión y la gestión de las secuelas emocionales, cognitivas y psicosociales de dicha condición de salud, para que, por medio de la metodología grupo psicoeducativo, resultara posible acompañar y brindar conocimiento con respecto al proceso de rehabilitación y la adaptación a los cambios que implica el DCA. De este modo, se plantea que mediante la inserción sea posible promover la consciencia de enfermedad —la cual se refiere a tener un entendimiento pleno de las consecuencias del DCA— y la participación activa en su proceso salud-atención-enfermedad, a fin de promover el acceso a la adquisición de herramientas y estrategias de afrontamiento para el ajuste emocional y psicosocial ante el DCA (Ownsworth et al., 2007).

En el marco de un enfoque teórico de la Psicología de la Salud y la Neuropsicología, resultó posible comprender y facilitar el cambio en los ajustes de estilos y hábitos de vida de quienes asisten a rehabilitación (Calpa et al., 2019). El acompañamiento psicoeducativo aporta información y fomenta estrategias de afrontamiento, dirigidas tanto a quienes padecen de la condición de salud, al igual que las personas allegadas a estos; ya que, al integrar lo teórico y lo práctico, la Psicología comprende los distintos factores que determinan el proceso salud-atención-enfermedad, para así atender integralmente las secuelas físicas, psicológicas y sociales del DCA (Muñoz et al., 2017; y Calpa et al., 2019).

DEFINICIÓN DEL GRUPO META

De manera general, siguiendo los criterios de inclusión de PRIRECRA, se trabajó con personas que experimentan un nivel leve o moderado de DCA y, en particular, quienes padecen de una enfermedad cerebrovascular o un traumatismo craneoencefálico, cuya sintomatología se ha descrito en el Capítulo III. El proyecto no tiene criterios de exclusión en cuanto a la procedencia, nivel educativo, etapa en el proceso de rehabilitación, la edad y el sexo biológico (J. Salas, comunicación personal, 23 de febrero de 2023). Además, todas las personas tienen en

común la referencia del Hospital México como centro sanitario, en el cual fueron atendidas cuando se presentó su evento asociado al DCA. Pero, como se ha expuesto anteriormente, es indispensable tomar en consideración que la población que asiste a PRIRECRA es cambiante.

En cuanto a la caracterización, es fundamental aclarar que las secuelas no se limitan a las alteraciones físicas y manifestaciones neuropsicológicas descritas en el capítulo anterior; toda vez que, en cada proceso de salud-atención-enfermedad, es preciso contemplar la incidencia del aspecto psicosocial de afrontamiento ante la incidencia psicológica y las características individuales y ambientales —como parte de las esferas psicológicas, físicas y sociales— que contribuyen o deterioran el proceso de rehabilitación (Muñoz et al., 2017). Dicho lo anterior, en cuanto al perfil sociodemográfico de las personas participantes del proyecto, se trabajó con adultos entre 28 y 78 años de edad que han sufrido de un DCA en un período de entre 3 y 25 años y que, además, realizan sus rutinas de ejercicios en PRIRECRA mediante una referencia por parte del Hospital México.

Inicialmente, se contempló impartir la propuesta únicamente con pacientes con DCA. No obstante, dadas las condiciones de cuidado y otras situaciones a nivel familiar, se optó por abrir los grupos a personas allegadas, en aras de facilitar la asistencia y participación a los talleres del grupo meta, con la instrucción de que el espacio estaba dirigido al aprendizaje y compartir, principalmente, de quienes poseen un diagnóstico de DCA. Se conformaron grupos a partir de 3 pacientes, más las personas que quisieran acompañarlas en el proceso; como resultado, participó un total de 12 personas y 10 completaron exitosamente el protocolo (ver tabla 3 para detalles sobre la conformación de los grupos, en el Capítulo IV).

Por último, es valioso mencionar que la conformación de dichos grupos permitió facilitar la comunicación y contribuyó a responder a las ansiedades percibidas y la noción del grupo como una sola unidad, producto de haber experimentado el mismo trauma o uno similar. De modo que, al padecer sintomatologías similares producto de la gravedad y el tipo de DCA, fue posible atender a personas de distintos lugares de residencia y condiciones socioeconómicas. Esto permitió trabajar en una diversidad de los niveles contextuales de afectación como: la cultura, las creencias y transiciones en relación con el contexto social y los procesos de interacción familiar, sistema de salud o la sociedad en su conjunto (Wilson et al., 2009).

CAPÍTULO III. MARCO CONCEPTUAL

REFERENTE CONCEPTUAL

Enfoque teórico

Psicología de la salud

El presente proyecto partió de las premisas de la psicología de la salud, la cual surge como una contrapropuesta —y con el fin de complementar— ante el enfoque del Modelo Biomédico en cuanto al tratamiento de la salud, en tanto centra sus supuestos en la perspectiva integral del Modelo Biopsicosocial (Friedman, 2011; Taylor, 2015; y Fortuna, 2018). Así, dicha área de intervención psicológica se aparta de la visión individualista del Modelo Biomédico, y propone visualizar al ser humano en sus esferas — como la interacción entre estas — biológicas, psicológicas y sociales; al igual que coloca en la persona un rol activo con respecto a su proceso de salud-atención-enfermedad (Taylor, 2015; Bolton y Gillet, 2019; Serafino y Smith, 2010; y Fortuna, 2018).

Consecuentemente, la Psicología de la Salud pretende analizar los factores biopsicosociales que determinan la promoción y prevención de la salud, el tratamiento de condiciones de salud, y la evaluación y modificación de políticas de salud que inciden en esta a nivel individual y colectivo (Taylor, 2015; y Quesada, 2015). En lo que respecta a su inserción en los programas de rehabilitación, dicho enfoque implica la posibilidad de "facilitarle a la persona los recursos teóricos y técnicos adecuados para resolver sus problemas y mejorar las herramientas disponibles para afrontar la vida cotidiana con las secuelas de la enfermedad que padece" (Ortiz, 2014, p. 25).

Neuropsicología

En lo que se refiere a la rehabilitación para personas con DCA, es común realizar una inserción desde los supuestos teóricos de la Psicología de la Salud, con un enfoque en la Neuropsicología. En este sentido, su referente parte de un trabajo transdisciplinario entre Psicología, la Fisiología y la Neurología, en donde coexisten las disciplinas para brindarle la mejor atención a la población (D'Amato et al., 2008). Es así como, según Padilla et al. (2016), la neuropsicología "en la actualidad[,] constituye una forma de expresión profesional que da soluciones y genera propuestas en torno al daño cerebral y las funciones cognoscitivas" (p. 9).

Es decir, la Neurología permite comprender mejor el comportamiento humano, por medio de la observación de patologías cuya etiología es el daño cerebral; mientras que, la Psicología posibilita ver más allá de la condición de salud, ya que busca comprender el contexto y los factores que inciden en esta misma (Portellano, 2005). Por consiguiente, en el caso de este

proyecto, una inserción en el contexto de la rehabilitación neuropsicológica puede aportar en la atención de los factores biopsicosociales que determinan los procesos de salud-atención-enfermedad relacionados a las condiciones de salud craneoencefálicas (Portellano, 2005; Kreutzer et al., 2011; y Ignacio, 2022).

Por ende, las intervenciones sobre la consciencia de enfermedad y la adquisición de herramientas para el ajuste emocional y psicosocial son esenciales para dicha población. Según Lundqvist et al. (2010), en vista de las secuelas propias del DCA, es fundamental brindar un acompañamiento para la comprensión y aceptación con respecto a la situación de vida en que se encuentra la persona. El conocer variables como la gestión de la tolerancia a la frustración, el afrontamiento del estrés y crisis asociadas a este, el desarrollo de la confianza propia y autoestima, así como el aprendizaje de estrategias compensatorias favorecen también la percepción sobre las capacidades, las discapacidades, las expectativas y los recursos con que se cuentan para adaptarse al proceso de rehabilitación (Lundqvist et al., 2010; y Ownsworth y Clare, 2006).

Conceptos y procesos

El proceso de rehabilitación neuropsicológica

La rehabilitación neuropsicológica ya no se refiere únicamente a los programas de ejercicios para la mejora del funcionamiento cognitivo y social, en tanto se reconocen también las consecuencias cognitivo-conductuales, emocionales y psicosociales de la condición de salud, las cuales son atendidas mediante el establecimiento de objetivos entre paciente-equipo de salud-familia (Wilson et al. 2020). Como resultado, se pretende apoyar a las personas a alcanzar un óptimo nivel de bienestar; a reducir las afectaciones producidas por su condición de salud en su día a día; y a facilitar un retorno adaptado a sus condiciones y a su contexto (Wilson et al., 2009; y Kreutzer et al., 2011). Asimismo, es esencial trabajar desde un enfoque integral y multidisciplinario que reconozca el hecho de que la cognición, la emoción y el comportamiento están entrelazados dinámicamente (Kreutzer et al., 2011).

Por lo tanto, las intervenciones comprenden los programas de readaptación cognitiva, psicoterapia y psicoeducación, las cuales pueden realizarse tanto a nivel individual como grupal (Muñoz et al., 2017; e Ignacio, 2022). De manera que, entre los aportes de la Psicología, es posible llevar a cabo intervenciones a nivel cognitivo-conductual, emocional, y psicosocial que atiendan los cambios que atraviesan a la persona en sus diversos contextos (Wilson et al., 2009). En adición, es factible realizar intervenciones en los sistemas familiares, de adaptación al

contexto laboral/vocacional, entre otros tipos de atención que favorezcan el proceso de aceptación y adaptación a la condición de salud (Kreutzer et al., 2011).

Acompañamiento psicoeducativo

Primero, es necesario definir que la *psicoeducación* es un tipo de intervención —la cual combina los elementos de los modelos cognitivo-conductuales, grupales, sobre el estrés y su afrontamiento, de apoyo social, y de las teorías ecológicas de los sistemas y del aprendizaje— que facilita el acceso a la información sobre aspectos relacionados a la condición de salud, como sus etapas; tratamientos; abordaje de síntomas, secuelas y el deterioro de la calidad de vida; adaptación a los cambios en el funcionamiento, estilo de vida y relaciones, y posibles afectaciones al bienestar, entre otras (Lukens y McFarlane, 2004; Brown, 2018; y Sarkhel et al., 2020). La psicoeducación contribuye a difundir información sobre el uso de recursos para afrontar la enfermedad, normalizar las experiencias y a desarrollar sistemas de apoyo (Wilson et al., 2009; Weatherhead et al., 2013; y Donnelly et al., 2019).

Existen diversos tipos de acompañamiento psicoeducativo, en cuanto es una metodología que se adapta a las necesidades de la población, por lo que puede ser realizada a nivel individual, familiar, grupal, o comunitario (Lukens y McFarlane, 2004; y Kreutzer et al., 2011). Por lo tanto, considerando el contexto de inserción, se destaca la intervención a nivel grupal —conocida como grupos psicoeducativos— para la atención en salud, que se enfocan en el aprendizaje de aspectos relacionados a la condición de salud y su respectiva gestión (Brown, 2018). Así, contribuye a empoderar y alentar a las personas pacientes a asumir una participación activa en su proceso de rehabilitación, al favorecer el diálogo e interacción, el aprendizaje social, el posible reforzamiento de cambios positivos por parte del grupo, y el desarrollo y la construcción de redes de apoyo (Brown, 2018; Lukens y McFarlane, 2004; y Ownsworth y Clare, 2006).

En el Capítulo VI, dicha intervención será explicada con más profundidad. En lo que se refiere a la rehabilitación neuropsicológica, es posible formular programas de carácter psicoeducativo que faciliten el aprendizaje sobre la condición de salud y la adquisición de herramientas para el ajuste y adaptación ante las secuelas de esta (Muñoz et al., 2017). Asimismo, es preciso tomar en consideración que, al promover el desarrollo de la consciencia de enfermedad, resulta posible potenciar el alcance de los beneficios de la rehabilitación. ¿Por qué? Porque al facilitar el aprendizaje sobre la identificación, comprensión y gestión de las secuelas asociadas al DCA, la persona adquiere el acceso a una parte de los recursos necesarios para una participación activa en su proceso salud-atención-enfermedad y la correspondiente adherencia al tratamiento (Medley y Powell, 2010; y Ownsworth y Clare, 2006).

Así pues, según Wilson et al. (2009), las inserciones desde la Psicología se podrían realizar en atención a los aspectos cognitivos-conductuales, emocionales y psicosociales implicados en el DCA, y los cuales se detallan a continuación.

Intervenciones sobre los aspectos cognitivo-conductuales del DCA

Una de las principales secuelas del DCA, como serán descritas posteriormente, son las alteraciones del funcionamiento cognitivo-conductual, el cual comprende los dominios de la atención, velocidad de procesamiento, memoria, lenguaje y funcionamiento ejecutivo (Wilson, 2008). De modo que, es posible llevar a cabo intervenciones dirigidas a restaurar u optimizar las funciones al enfocarse en el deterioro subyacente, mediante la organización de tareas agrupadas jerárquicamente para llevar a cabo una acción; o, también, se enfocan en el aprendizaje de estrategias compensatorias, como el uso de apoyos ambientales y ayudas externas para adaptar el contexto de la persona a su condición (Kreutzer et al., 2011).

Por lo tanto, desde la perspectiva del acompañamiento psicoeducativo, la incorporación del aprendizaje de estrategias compensatorias puede contribuir al proceso de recuperación de la persona en cuanto a sus funciones, al igual que permite evitar el desarrollo de patrones de conducta desadaptativa; y, a la vez, permite atender los diversos tipos de alteraciones cognitivas que resultan del DCA (Kreutzer et al., 2011; y Caplain et al., 2019). De ese modo, sirve de ejemplo de que es posible facilitar técnicas en cuanto a aspectos como la organización del espacio físico; el control de aspectos fisiológicos como el sueño, alimentación, entre otros; el uso de calendarios, listas; y la aplicación de auto instrucciones, entre otras (Kreutzer et al., 2011; y Wilson, 2003).

Intervenciones sobre los aspectos emocionales asociados al DCA

El aislamiento social, la ansiedad y la depresión son secuelas comunes en las personas sobrevivientes de un DCA, al igual que, en un menor porcentaje, los trastornos de ánimo y el trastorno de estrés postraumático (por sus siglas, TEPT) (Wilson, 2008). En este sentido, Gainotti (1993) distingue los factores neurológicos, psicológicos o psicodinámicos, y psicosociales como determinantes de las afectaciones emocionales posteriores al DCA. Los factores neurológicos se refieren a las condiciones previas y/o resultantes del evento que provocan dichas alteraciones; los factores psicológicos contemplan los modelos de creencias, principalmente en función de la condición de salud y la influencia de condiciones comórbidas; y los factores psicosociales son aquellos cambios que surgen en el sistema social de la persona en respuesta a su condición (Wilson, 2008; y Gainotti, 1993).

Ante la naturaleza biopsicosocial del ser humano, resulta crucial formular programas que atiendan los aspectos emocionales de un DCA, ya que se notan mejoras en cuanto a la gestión de las emociones, lo cual permite disminuir el distrés psicológico causado por la condición y facilita el proceso de rehabilitación (Wilson, 2008). Desde la Psicología, es posible expandir las experiencias emocionales minimizadas o contener las experiencias emocionales intensificadas mediante el uso de estrategias como la normalización de emociones y pensamientos, aceptación de las expresiones emocionales, optimizar la tolerancia a ciertas emociones, fomentar la compartimentación saludable de las emociones, traer conciencia a la experiencia emocional, resignificar la identidad y autoconcepto posterior al evento, entre otras (Kreutzer et al., 2011).

Intervenciones sobre los aspectos psicosociales implicados en el DCA

En el ámbito de la rehabilitación neuropsicológica, el término *psicosocial* se refiere principalmente a la participación de la persona en su contexto social como: su lugar de trabajo, el círculo de amistades o las actividades comunitarias (Wilson, 2008). De ese modo, cuando la persona sufre un DCA, su sistema de actividades sociales y relaciones se afecta, debido principalmente a los cambios en sus roles; y, también, las personas dentro de su sistema social pueden ser afectadas (Rajeswaran et al., 2013; y Kinsella et al., 2018). Por ende, cuando se refiere a las secuelas pertinentes al aspecto psicosocial —y relacionadas con las afectaciones neuropsicológicas en general—, se puede identificar una inhabilidad en cuanto a las actividades ocupacionales, relaciones interpersonales y las capacidades de llevar a cabo una vida independiente (Wilson, 2003; y Kinsella et al., 2018).

Dicho lo anterior, se rescata la necesidad de promover el rol activo y participación de la persona en cuanto a su proceso salud-atención-enfermedad, lo cual resulta posible al incorporar progresivamente los siguientes elementos al programa de rehabilitación: contextualización, al involucrar temas significativos, actividades, entornos e interacciones enfocadas; incorporación de rutinas diarias y personas que forman parte de la cotidianeidad del paciente; entrenamiento y colaboración, mediante la adquisición de información y aprendizaje de habilidades, y de manera guiada, según se requiera. A los elementos anteriores, se suma la reconstrucción del sentido propio, a fin de aceptar las implicaciones de la condición de salud y adquirir experiencias positivas ante la nueva identidad (Wilson, 2003).

Para atender, a nivel psicosocial, las posibles secuelas resultantes del DCA, es crucial promover la interacción y el aprendizaje entre personas que han vivido experiencias similares. Esto puede contribuir a la motivación de mantenerse y adherirse al tratamiento, tanto durante el proceso de rehabilitación, como después de este (Amoroso, 2016; y Kinsella et al., 2018). De

igual manera, es importante fomentar la participación de aquellas personas que acompañan al paciente en su proceso; ya que son parte central de la vida de las personas con DCA. El hecho de conocer acerca de la enfermedad puede mejorar la comprensión de esta misma y reducir la posible ansiedad e incertidumbre causada por la carencia de información (Quesada, 2015; y Wilson, 2003).

Características del daño cerebral adquirido

El DCA es la condición de salud que engloba las diferentes afectaciones físicas, psicológicas y sociales, que resultan a raíz de la ocurrencia de un evento —sea interno o externo de la persona— que altera de alguna manera la estructura y el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (por sus siglas, SNC) (Sherer y Sander, 2014; Muñoz et al., 2017; y Watson et al., 2020). De manera general, el DCA puede involucrar secuelas en cuanto a déficits motores, sensoriales y cognitivos; alteraciones emocionales y conductuales; anosognosia (la ausencia de consciencia sobre lo acontecido en torno a la condición de salud); padecimientos neurológicos; y discapacidades físicas (Muñoz et al., 2017; González, 2012 y Watson et al., 2020).

Las características del DCA varían según las regiones del SNC afectadas por el evento (Muñoz et al., 2017). Algunas secuelas emocionales y psicológicas por considerar son: ansiedad; labilidad emocional; cambios de humor; hipersensibilidad; reacciones agresivas; depresión; baja tolerancia a la frustración; apatía; anosognosia; infantilismo; disminución en las capacidades de autocrítica y autocontrol; trastornos del pensamiento; dificultades para planificar; incapacidad de concentrarse; trastornos del sueño; irritabilidad; pérdida de memoria; esquizofrenia; psicosis; abuso y dependencia de sustancias; y trastornos del estado de ánimo; entre otras (Sherer y Sander, 2014; y Portellano, 2005).

Asimismo, es fundamental contemplar la incidencia psicológica —y, hasta podría ser, social— que supone la disminución o pérdida de ciertas capacidades, los cambios en los hábitos y estilos de vida, y la adaptación a la condición de salud (Muñoz et al., 2017). Ahora bien, igualmente es preciso contemplar las características de las condiciones de salud relacionadas al DCA —necesarias para comprender el proceso salud-atención-enfermedad que encara la persona y definir los objetivos del proceso de rehabilitación—, aunque también resulta pertinente considerar las condiciones del contexto por el que el individuo pasa (Kreutzer et al., 2011); este tema se abordará en el Capítulo IV. En este sentido, a continuación, se caracterizan las dos principales condiciones relacionadas con el DCA que son atendidas en PRIRECRA.

Enfermedades vasculares cerebrales

Las condiciones de salud cerebrovasculares, también conocidas como enfermedades vasculares cerebrales (ECV), se refieren a las “lesiones producidas por una interrupción o alteración del flujo sanguíneo cerebral” (Muñoz et al., 2017, p. 15). Ocurren debido a una obstrucción, vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos), disección arterial (desprendimiento de la pared arterial) o hemorragias (Kreutzer et al., 2011). Las ECV se clasifican como ictus isquémicos, que comprenden la interrupción inmediata del flujo sanguíneo; también hay ictus hemorrágicos, que corresponden a la ruptura de un vaso sanguíneo, a raíz de una malformación o el aumento repentino de presión (Muñoz et al., 2017).

Las secuelas de las ECV varían según el tipo de lesión y territorio vascular afectado, pero en general se relacionan a trastornos neuropsicológicos que producen alteraciones a nivel cognitivo, sensoriomotores, espacial y viso perceptivo, del lenguaje, atencional y de memoria (Portellano, 2005). Asimismo, las ECV pueden dar lugar al desarrollo de una condición a nivel psíquico como consecuencia directa de su impacto, o manifestarse como trastornos derivados de la incidencia psicológica de las ECV. Esto podría desencadenar ciertas condiciones como: depresión, ansiedad, cambios en la personalidad y anosognosia, que son secuelas comunes de las ECV (Portellano, 2005).

Traumatismos craneoencefálicos

Los traumatismos craneoencefálicos (por sus siglas, TCE) se producen cuando un evento externo compromete el funcionamiento y estructura cerebral; es decir, no son causados por una condición neurodegenerativa, congénita o del desarrollo (Sherer y Sander, 2014). La gravedad de los TCE depende de factores como el nivel de impacto físico del evento, la puntuación en la escala de coma de Glasgow y la localización de la lesión (Muñoz et al., 2017); por ende, según la interacción de dichos factores, la ocurrencia de un TCE puede implicar un periodo de pérdida o disminución del nivel de consciencia y memoria; alteraciones del estado mental; déficits neurológicos; presencia de una lesión intracraneal; y un posible estado de coma (Sherer y Sander, 2014).

Las afectaciones producidas por el TCE varían según el grado de severidad, lo cual se puede relacionar, principalmente, con la duración y recuperación del estado de coma; sin embargo, existen otros factores determinantes como las puntuaciones obtenidas en la Escala de Glasgow, la personalidad o gravedad de la amnesia (Muñoz et al., 2017; y Portellano, 2005). Las secuelas del TCE se pueden manifestar a nivel físico, cognitivo y emocional que afectan principalmente su autonomía en cuanto al estilo de vida, toda vez que alteran, sobre todo, las

funciones de la atención, procesamiento de la información, memoria, motricidad y funcionamiento emocional (Portellano, 2005).

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Aportes desde la Psicología de la Salud en cuanto a los procesos de rehabilitación

Diversas investigaciones han valorado la funcionalidad y relevancia de los programas de rehabilitación neuropsicológica, y concluyen que una rehabilitación desarrollada desde una perspectiva integral contribuye a la adherencia al tratamiento; lo cual, simultáneamente, incide positivamente la calidad de vida de las personas pacientes (De los Reyes-Aragón et al., 2013; Guàrdia-Olmos et al., 2012; Salazar et al., 2016; y Rojas-Reyes y Flórez-Flórez, 2016).

En este sentido, la calidad de vida en cuanto al proceso salud-atención-enfermedad adquiere un rol a lo largo del proceso de rehabilitación, en tanto se relaciona con los aspectos de participación —es decir, el tipo de rol que asume— en el tratamiento, el ajuste y la adaptación ante la condición de salud; esto porque la calidad de vida no se define únicamente a partir de las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales de la condición de salud, sino que también se asocia con las expectativas de la persona en referencia a los alcances del tratamiento, sus trayectorias de desarrollo futuro y los recursos con los que cuenta la persona para afrontar dichas implicaciones (Salazar et al., 2016).

Dicho esto, se identifica una necesidad de brindar acompañamiento psicológico – en particular de carácter psicoeducativo – para potenciar el proceso de recuperación, ajuste y adaptación a la nueva condición de salud (Salazar et al., 2016; Gandolfi et al., 2021; Kidd et al., 2016; Wolters et al., 2015; y Boosman et al., 2015). A raíz de esto, se evidencia una tendencia investigativa a definir aquellos factores que determinan el estado de la calidad de vida, en particular cómo la persona afronta la condición de salud (Gandolfi et al., 2021; Kidd et al., 2016; Wolters et al., 2015; y Boosman et al., 2015).

Por ende, es necesario contemplar los diversos estilos de afrontamiento de las personas pacientes previo a su inclusión en el programa de rehabilitación, con el fin de identificar aquellos recursos con los que cuenta la persona para hacer frente a la condición de salud, al igual que las implicaciones de esta en su vida cotidiana y las expectativas del tratamiento. Así, es posible formular una intervención que promueva el desarrollo de estrategias de carácter adaptativo, acorde a las necesidades y condiciones de la persona (Salazar et al., 2016; Gandolfi et al., 2021; Kidd et al., 2016; y Wolters et al., 2015). Se concluye que un estilo de afrontamiento de carácter pasivo suele resultar en la evitación de problemas y la dificultad de adaptarse ante los cambios,

lo cual imposibilita asumir una participación activa en el tratamiento y —consecuentemente— disminuye la efectividad de este (Kidd et al., 2016; Wolters et al., 2015; y Boosman et al., 2015).

Finalmente, de igual manera, el modelo de creencias en salud se presenta como un factor determinante en el proceso salud-atención-enfermedad, puesto que definen cómo la persona emplea sus estrategias de afrontamiento ante el proceso de recuperación y rehabilitación de la nueva condición de salud (Arce, 2020; Lopera-Vázquez, 2018a; Liu et al., 2020; y Medley et al., 2010). En tanto, a partir de dicho modelo, la persona define los beneficios que supone adherirse al tratamiento, en particular si este llega a significar una fuente de seguridad, estabilidad y calidad de vida, al igual que, define aquellas estrategias de afrontamiento que considera necesarias para el control de la condición de salud y sus secuelas (Arce, 2020).

Control de la condición de salud como factor determinante del proceso de rehabilitación

Como parte de las intervenciones en condiciones como la lesión cerebral, es primordial tomar en consideración los factores propios de salud; es decir, que dichas condiciones de salud comparten particularidades que pueden afectar a la persona y su adherencia a los abordajes psicológicos (Cortés et al., 2011; y Scaratti et al., 2017). Es así como existe una correlación entre la pérdida de la funcionalidad ejecutiva y los efectos emocionales producto de las consecuencias físicas de la condición de salud; por lo tanto, se determina una menor capacidad de regulación emocional que se manifiesta en la presencia de síntomas de ansiedad y depresión (Cortés et al., 2011; Scaratti et al., 2017; Rojas-Villegas et al., 2017; Medley et al., 2010; y Arce, 2020).

También pueden presentarse efectos adversos asociados a la presencia de tumores cerebrales que pueden provocar cambios en la regulación de la personalidad y conducta; y cambios en la apariencia y ánimo, denominados todos como cambios neuroconductuales o neuropsiquiátricos (Cortés et al., 2011; y Scaratti et al., 2017). Por consiguiente, se afirma que las características propias de las condiciones de salud por DCA pueden causar consecuencias emocionales, y es por tal razón que se determina una urgencia de identificar las necesidades de las personas pacientes y sus cuidadores desde el inicio, con el fin de brindar un apoyo adecuado ante el estrés por la condición de salud (Cortés et al., 2011; y Scaratti et al., 2017).

Resulta primordial contemplar el control del dolor durante el proceso de recuperación y rehabilitación, principalmente dentro del marco de la expresión de este y la percepción de la enfermedad (Lopera-Vázquez, 2018a; Liu et al., 2020; y Arce, 2020). En cuanto a dicho factor, estudios demuestran que el abordaje del dolor no debe únicamente plantearse desde la consigna de su eliminación, sino a partir del desarrollo de intervenciones tempranas que permitan a la

persona emplear una actitud asertiva en cuanto a la percepción de la salud (Lopera-Vázquez, 2018a; y Liu et al., 2020).

Los actores del proceso de rehabilitación

En lo que respecta a los actores involucrados en las rehabilitaciones psicológicas, se evidencia que el proceso se ha individualizado buscando una atención centrada en la persona, tanto en lo que concierne al rol del paciente, al rol de la persona familiar y al rol de los equipos en salud (Quiroz, 2014; Horton et al., 2017; Amati et al., 2019; y Lopera-Vázquez, 2018b). Por ello, se evidencia la interrelación entre roles y se identifica que gracias a la psicoeducación por parte de los equipos de salud se puede aumentar el rol activo en los procesos de rehabilitación, ya que se refuerza la adherencia al tratamiento (Quiroz, 2014; Horton et al., 2017; Amati et al., 2019; Lopera-Vázquez, 2018b; y Soria et al., 2011).

De ese modo, diversos actores pueden llegar a afectar la adherencia al proceso; así como influyen también factores del nivel socioeconómico, el apoyo social, y la presentación de comorbilidades u otras condiciones de salud (Quiroz, 2014; Horton et al., 2017; Amati et al., 2019; Arce, 2020; y Lopera-Vázquez, 2018a). Sirvan de ejemplo factores como la autoeficacia y la motivación que se determinan a partir del rol activo de la persona y el rol del equipo de salud (Quiroz, 2014; Horton et al., 2017; y Amati et al., 2019). Consecuentemente, se recomienda la promoción de un enfoque centrado en la persona para fomentar la esperanza, partiendo de un trabajo transdisciplinario que autoevalúe las capacidades de comunicar los pronósticos (Quiroz, 2014; Horton et al., 2017; y Amati et al., 2019).

En lo que concierne a este tema, a nivel nacional se identifica una reducida producción bibliográfica en cuanto al rol de la Psicología dentro del contexto hospitalario; sin embargo, se concluye en la relevancia y necesidad de la inserción de la Psicología de la salud pues permite desarrollar un enfoque integral en lo que respecta al proceso de salud-atención-enfermedad (Quesada, 2015; Ortiz, 2014; Salazar et al., 2016; y Ortega, 2013). Aun cuando la producción bibliográfica a nivel nacional sea limitada, las investigaciones demuestran la importancia de desarrollar intervenciones tempranas —acompañadas por la Psicología— que faciliten el proceso de ajuste y adaptación a la nueva condición de salud (Salazar et al., 2016; Ortega, 2013; Ortiz, 2014; y Quesada, 2015).

Por lo tanto, se reconoce que la Psicología tiene el potencial y la responsabilidad de contribuir a una atención desde una perspectiva integral que vele por el bienestar de la persona, vía intervenciones psicoterapéuticas y acompañamientos psicoeducativos que desarrollen la calidad de vida (Quesada, 2015; y Ortiz, 2014). Por consiguiente, es necesario tomar en

consideración que el proceso salud-atención-enfermedad no ocurre únicamente en el plano individual, sino que resulta también de un trabajo colectivo entre el paciente y el equipo — preferiblemente transdisciplinario— que le acompaña en su proceso de rehabilitación (Quiroz, 2014; Horton et al., 2017; Amati et al., 2019; Quesada, 2015; Ortega, 2003; y Ortiz, 2014).

APORTE DE LA PSICOLOGÍA Y DE PROFESIONALES EN EL ÁREA

La inserción de la Psicología en el contexto de la neurorrehabilitación parte del propósito de optimizar el funcionamiento cognitivo, emocional y psicosocial, en respuesta a los cambios a nivel funcional y de la cotidianidad que atraviesan las personas que vivencian un evento que altera el funcionamiento y la estructura cerebral (Kreutzer et al., 2011). El DCA no se limita a las alteraciones físicas y manifestaciones neuropsicológicas propias de cada condición de salud. También, es preciso contemplar la incidencia del aspecto psicosocial de afrontamiento ante la incidencia psicológica y los cambios que suponen la aceptación de la nueva condición de salud (Muñoz et al., 2017).

Por ende, al contemplar cómo interactúan los factores biológicos, psicológicos y sociales entre sí y en un contexto particular, la Psicología de la salud estudia aquellos factores que determinan cómo las personas se mantienen saludables, por qué se enferman y cómo responden cuando lo hacen (Taylor, 2015). Como resultado, gracias al trabajo transdisciplinario, la Psicología aporta en el desarrollo y la ejecución de intervenciones basadas en la integralidad del ser humano, al comprender cómo ciertos factores determinan los recursos y capacidades de una persona de ajustarse ante lo sucedido. La Psicología también aborda los cambios en los sistemas sociales y en la naturaleza de las relaciones, modificaciones en los roles y problemas económicos que influyen en definitiva en el proceso de rehabilitación (Tyerman, 2008; y Rajeswaran et al., 2013).

De modo que formular programas de carácter psicoeducativo permite facilitar el aprendizaje de estrategias de ajuste y adaptación ante los cambios cognitivos y físicos, del contexto social y aquellos producidos por la incidencia psicológica de la condición de salud (Muñoz et al., 2017). De este modo, las personas profesionales en Psicología se encargan de guiar un proceso de transmisión, intercambio y construcción del conocimiento que promueva un cambio en los modelos de creencias, estilos de vida y hábitos, que influyen en el proceso de salud-atención-enfermedad. Este enfoque facilita a las personas pacientes, así como a sus allegados, ya sea directa o indirectamente involucradas en el proceso, que desarrollen y utilicen sus propios recursos para promover y cuidar su salud, asumiendo un rol activo en su su proceso (Miracco et al., 2012; y Farkas et al., 2010).

Simultáneamente, se interviene en la inclusión social mediante la grupalidad, ya que se facilita un espacio de interacción entre personas que han vivido experiencias similares, lo cual, también favorece el factor de apoyo social y reconocimiento de mejoras, mediante la estrategia de grupo de apoyo (FEDACE, 2013). A partir de la orientación psicológica, los grupos de apoyo brindan oportunidades de poder identificar, discutir y poner en práctica estrategias para la gestión de las secuelas del DCA (Wilson et al., 2009). Es decir, son una herramienta que permite difundir aún más los recursos, normalizar las experiencias y desarrollar sistemas de apoyo. Al mismo tiempo, pueden facilitar el proceso de rehabilitación, al proporcionar un espacio seguro para la escucha de las narrativas, en contraste con otros espacios donde la persona puede sentir sus vivencias discriminadas o invalidadas (Weatherhead et al., 2013).

CAPÍTULO IV. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

DEFINICIÓN DEL ENFOQUE Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Los *grupos psicoeducativos* ocurren a nivel activo y/o pasivo. La persona profesional se involucra e interactúa directamente en el proceso de salud-atención-enfermedad para así atender las consultas que se presenten y/o proporciona materiales psicoeducativos (como panfletos, videos y audios, entre otros) a los que se tiene acceso y se asimilan por cuenta propia (Sarkhel et al., 2020). Por ende, como se ya ha mencionado sobre los beneficios de desarrollar grupos para la atención de dicha población, se considera viable trabajar a partir de la modalidad de *grupo psicoeducativo*.

La dinámica consiste en facilitar la oportunidad de informarse sobre un tema o problemática específica, desarrollar la autocomprensión, mejorar las relaciones interpersonales, y ser más efectivos en la comprensión y resolución de problemas que les afectan (Brown, 2018). Esta metodología tiene como objetivo educar a aquellos grupos que afrontan eventos que atentan contra el desarrollo de su vida, brindándoles herramientas de ajuste y afrontamiento ante este tipo de situaciones y sus consecuencias (Brown, 2004). Así, se crea un espacio para reconocer y normalizar las experiencias y su afrontamiento, mediante el uso de herramientas como la resolución de problemas, *role-play*, material didáctico, entrenamiento y práctica de habilidades y estrategias, y narración de historias, entre otras (Lukens y McFarlane, 2004).

Como resultado, los grupos psicoeducativos permiten facilitar información y guía con respecto a la condición de salud; promover la adquisición de autonomía, junto a la mejora de las condiciones de calidad de vida, relaciones y la autoaceptación. Además, proporcionan un sistema de apoyo emocional que disminuye conductas de aislamiento y, al mismo tiempo, fomenta los sentimientos de esperanza, responsabilidad y motivación. Estos grupos también contribuyen al desarrollo de una mayor satisfacción con la vida tras la condición de salud, al practicar y aprender nuevas maneras de actuar y relacionarse (Brown, 2004). Por ende, es posible contribuir al desarrollo de un sentido de normalización y aceptación, construcción de la identidad posterior al evento, y mejoras en el bienestar como las mencionadas anteriormente (Ignacio, 2022; y von Mensenkampff et al., 2015).

Modelo de Grupo Psicoeducativo Estructurado de Fawzy y Fawzy (2011)

Acorde con lo expuesto, Fawzy y Fawzy (2011) proponen el modelo de grupo psicoeducativo estructurado dirigido a pacientes de cáncer, y el cual fue utilizado en Costa Rica por Quesada (2015) en personas con patología tumoral cerebral y sus familiares. El modelo se

enfoca en educación para la salud, modificación de la conducta, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, y apoyo individual y grupal (Fawzy y Fawzy, 2011). La eficacia de dicho modelo en cuanto a la atención de personas con DCA reside en que contempla las características de la enfermedad —como las afectaciones a nivel de memoria y atención, lo mismo que dificultades en la regulación emocional y autocontrol, entre otras— y ajusta, consecuentemente, la realización de las sesiones a un periodo de duración breve y estructurado (Quesada, 2015).

Desde la perspectiva de Fawzy y Fawzy (2011), se propone la realización de seis talleres basados en los ejes de intervención citados, a partir de los cuales se desarrollan diversas temáticas en cuanto a la condición de salud. Siguiendo dicho modelo, Quesada (2015) realiza tres talleres con temáticas específicas más un material psicoeducativo. Consecuentemente, la presente propuesta de protocolo de acompañamiento psicoeducativo dirigido a personas con DCA se compone de la realización de tres talleres que desarrollan los mismos ejes propuestos por Fawzy y Fawzy (2011). Cada taller se centra, correspondientemente, en las afectaciones — y en el desarrollo de estrategias para su abordaje— cognitivo-conductuales, emocionales, y psicosociales resultantes, partiendo tanto de una inserción activa como pasiva desde el acompañamiento psicoeducativo.

Dicha formulación permite que el protocolo continúe siendo replicado posterior a la finalización del presente TFG, a conveniencia de PRIRECRA, cuya población contaría con la oportunidad de asistir a cada uno de los talleres (ver [Anexo 4](#) para las fases y sus respectivas actividades). Este planteamiento se realiza en vista de que el ingreso de pacientes a PRIRECRA ocurre de manera aleatoria según su referencia médica, lo cual implica que el grupo de pacientes se está reconfigurando constantemente. Con la realización del presente TFG, se ha propuesto que PRIRECRA —mediante una alianza con la Escuela de Psicología de la UNA— continúe con la repetición del protocolo cada tres meses, para así coincidir con la duración de doce semanas de los programas de ejercicio. De ese modo, la persona paciente tendría la posibilidad de participar en los tres talleres en su totalidad a lo largo de su proceso de rehabilitación, sin que afecte su ingreso al proyecto ni el orden en que asista a estos. Asimismo, se ha diseñado la elaboración de un material psicoeducativo que se explicará oportunamente.

TÉCNICAS

Talleres

En el contexto del proceso salud-atención-enfermedad, la Psicología asume un rol primordial en cuanto a la comprensión y modificación del comportamiento, ya que, al analizar y comprender la realidad de cada persona y su contexto, supone la unión de la teoría y la práctica

con el fin de desarrollar e implementar estrategias que permitan a la persona aprender y adquirir conductas orientadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Calpa et al., 2019). La Psicología prevé facilitar la transformación de la realidad de las personas en pro de su bienestar y calidad de vida y, simultáneamente, reconoce la existencia de ciertas condiciones particulares —es decir, factores externos que no están necesariamente en el control de la persona, como por ejemplo la desigualdad e inequidad— pueden limitar el proceso salud-atención-enfermedad (Calpa et al., 2019).

De modo que para potenciar los procesos de aprendizaje en el contexto de la salud-atención-enfermedad se propone la aplicación de talleres en el Modelo de Grupo Psicoeducativo Estructurado, con base en la metodología descrita, con el fin de desarrollar un espacio de interacción donde las personas pueden vincular por medio de sus experiencias con una condición de salud en particular y, de ese modo, mediante el acompañamiento de un equipo de salud coordinador, facilitar el conocimiento sobre esta misma (FEDACE, 2013; y Farkas et al., 2010). El taller vislumbra como objetivo impulsar un cambio en los modelos de creencia, estilos de vida y hábitos que determinan el proceso de salud-atención-enfermedad, en aras de facilitarles a las personas —al igual que a las allegadas a estas, directa o indirectamente involucradas en el proceso— desarrollar y utilizar sus propios recursos para la promoción y el cuidado de su salud, al asumir un rol activo respecto de su proceso (Miracco et al., 2012; y Farkas et al., 2010).

Materiales psicoeducativos

El material psicoeducativo es una técnica de inserción de la psicoeducación. En el contexto de la salud, es una herramienta esencial para facilitar la comprensión sobre la enfermedad y su tratamiento, con la finalidad de contribuir a la participación activa en dicho proceso y el desarrollo de la consciencia sobre la enfermedad y la adquisición de estrategias de afrontamiento ante las secuelas de la nueva condición de salud (Lukens y McFarlane, 2004). Igualmente, el material psicoeducativo se puede interpretar como un medio pasivo en el proceso de rehabilitación, ya que no siempre requiere un profesional presente (Sarkhel et al., 2020). Por ahora, a modo de ejemplo, en el presente protocolo, el material es utilizado de forma activa en plantillas de PowerPoint en los talleres y, de manera pasiva, en recursos audiovisuales, folletos y manuales para las personas participantes que acuden a PRIRECRA y sus respectivos acompañantes.

En tal sentido, los materiales psicoeducativos son una forma de proporcionar contenidos básicos sobre la enfermedad, secuelas y tratamiento, ya que resultan fáciles de distribuir y mantienen un alcance más amplio (Sarkhel et al., 2020; y Gabriel y Violato, 2011). Es posible

que no todas las personas participantes puedan asistir a los talleres y, a la vez, para el proyecto es importante lograr una aproximación a las personas allegadas. A pesar de que acceder a dichos materiales de manera pasiva no reemplaza el alcance del acompañamiento profesional, existen estudios que demuestran que recibir folletos u otros materiales arrojan alguna mejoría en el conocimiento de la enfermedad y una mejor adherencia al tratamiento (Gabriel y Violato, 2011). En lo que respecta a las personas allegadas al paciente, contar con información acerca del DCA puede llegar a favorecer la comprensión de las secuelas, lo mismo que reducir la posible ansiedad que conllevan dichos cambios y también la incertidumbre de la necesidad de datos informativos (Quesada, 2015; Ignacio, 2022; y Wilson, 2003).

CONSIDERACIONES ÉTICAS PARA LA PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN

PARTICIPANTE

El grupo meta correspondiente al presente proyecto fue considerado como grupo en condición de riesgo producto de la participación en investigaciones por la Ley 9234 (2014), toda vez que puede implicar la posibilidad de trabajar con personas altamente dependientes de la atención de salud producto de la sintomatología del DCA. Consecuentemente, la propuesta debe de significar una mejora para la condición de la persona paciente, acorde a los intereses de ésta y no presente un riesgo significativo contra la condición de la persona (Ley 9234, 2014). En este sentido, resultó preciso informar sobre los posibles beneficios y afectaciones que supondría su participación a partir de un consentimiento informado, al igual que sobre la confidencialidad y sobre su derecho a retirarse (ver [Anexo 2](#)).

El consentimiento informado fue fundamental que se acoplará a las condiciones de la persona para su fácil y clara comprensión, con el fin de cumplir con los estándares éticos y resguardar los derechos de la persona (Ley 9234, 2014). Igualmente, fue necesario tomar precauciones y atención a las necesidades de la población para no transgredir la salud o dignidad de la persona mediante la aplicación de la intervención (Ley 9234, 2014). Lo anterior es así, porque si bien este tipo de intervenciones no significan un daño directo a la persona, es igualmente necesario contemplar la posición de vulnerabilidad en el hecho de afrontar las limitaciones y afectaciones producidas por el DCA que supone para una persona con dicha condición de salud.

Además, para la protección de las personas participantes, se contó con un sistema de supervisión continua con la directora del TFG, la Dra. Mónica Salazar Villanea, quien está acreditada como investigadora observacional e intervencional ante el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS). Al tratarse de un TFG en el marco del proyecto global

“Narrativas sobre el Daño Cerebral Adquirido (DCA): visibilización y resignificación” IIP, código 1326 de la UCR, las personas participantes contaron con la posibilidad de acceder a varios recursos psicoeducativos y materiales de interés ya validados en dicho proyecto marco, así como devoluciones de resultados. Resultó importante garantizarles a las personas participantes que la información obtenida solo se utilizará en el ámbito académico y profesional. Se debe acotar que, desde luego, se les comunicó la aclaración en el consentimiento informado de que, con los resultados obtenidos, se podrán hacer aportes académicos, por ejemplo: publicaciones científicas o ser presentados en actividades académicas.

VIABILIDAD DEL PROYECTO

Parte de la viabilidad del presente TFG residió en la posibilidad de contar con la cooperación de PRIRECRA, el cual hizo factible el acceso a la población meta, facilitó las instalaciones aptas para las personas participantes, y proveyó los recursos tecnológicos para llevar a cabo la reproducción del material audiovisual y la ejecución de los talleres. De modo que, el director del proyecto colaboró en la elaboración de la fase diagnóstica y proporcionó la carta de la institución sobre la necesidad del proyecto (ver [Anexo 3](#)). Igualmente, la propuesta constó de un comité asesor multidisciplinario que tuvo por objetivo el proporcionar un trabajo cooperativo entre la Psicología y las Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida, que resultó en un espacio de asesoramiento para que en la puesta en práctica del proyecto resultara posible brindar una atención integral.

En lo que respecta a la viabilidad del proyecto posterior a la ejecución y tomando en cuenta una perspectiva ética, resulta crucial respaldar su continuidad. El propósito fue más allá de beneficiar únicamente a la población presente al momento de la ejecución del protocolo. Por esa razón, se plantea una posible alianza con la Escuela de Psicología de la UNA en la modalidad de prácticas supervisadas en los niveles avanzados de la carrera. De esta manera, sería posible para PRIRECRA la repetición del protocolo y contribuir a una atención más integral con la inserción y permanencia de la Psicología. Por otro lado, la viabilidad del proyecto se sostiene a partir de la metodología planteada anteriormente, ya que todo recurso psicoeducativo resultante del presente protocolo fue entregado a PRIRECRA para su uso; es decir, que los futuros participantes y sus allegados contarán con los manuales, folletos y productos audiovisuales.

FASES DEL PROYECTO

Como se indica en el objetivo general, la finalidad del proyecto no fue solo el diseño de una propuesta de acompañamiento psicoeducativo para personas con DCA, sino su debida

ejecución y valoración. Para llevar a cabo tal objetivo fue esencial cumplir con tres fases fundamentales: diagnóstico de necesidades, diseño y ejecución del protocolo, y la evaluación del proyecto. De ese modo, en el Capítulo IX se demarca las fases a nivel de su cronología y acciones correspondientes a cada una de ellas, las cuales se visualizan en un diagrama de proceso (ver [Anexo 5](#)).

La *primera fase* correspondió al diagnóstico de necesidades, su importancia radica en una serie de acciones que permiten identificar las demandas tanto de la institución como de las personas usuarias de PRIRECRA. Dicha fase ha sido llevada a cabo para comprender la situación problema y, con ello, justificar la necesidad del proyecto. En tal sentido, la realización de la presente propuesta fue elaborada por medio de entrevistas al director del proyecto y por la escucha de relatos esporádicos de algunas personas participantes, al momento de las observaciones.

La *segunda fase* contempló el diseño y ejecución del protocolo. Su fin es cumplir con la elaboración e implementación de los tres talleres y del material psicoeducativo. En este estadio, se pretende alcanzar los objetivos específicos del presente trabajo. Las estrategias metodológicas (los talleres y los materiales psicoeducativos) están proyectadas para promover la conciencia de enfermedad, facilitar la adquisición de herramientas y estrategias de afrontamiento y fomentar la participación activa.

Finalmente, la *tercera fase* correspondió a la valoración de la fase anterior. Esto fue posible mediante diversos mecanismos que se describen en los Capítulos VII y VIII. Con la aplicación de una herramienta cualitativa se logró recolectar los resultados que permitieron establecer la perspectiva del grupo meta, con miras a la implementación y su participación en el protocolo de acompañamiento psicoeducativo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

En el [Anexo 4](#) se adjunta la planificación de las actividades propuestas anteriormente según las semanas.

Fase	Actividades	Fechas
Diagnóstica	<ul style="list-style-type: none">Entrevista a persona encargada de PRIRECRAObservaciones in situ en las cuales se contó con la escucha de relatos de algunas personas participantes del proyecto	Julio 2022 – Febrero 2023
Ejecución del proyecto	<ul style="list-style-type: none">Aplicación del protocolo de acompañamiento psicoeducativo (Elaboración de talleres y recursos psicoeducativos)	(Según periodo de revisión de la CTFG y CECUNA) Agosto 2023 – Octubre 2023
Monitoreo y evaluación	<ul style="list-style-type: none">Evaluación por parte del equipo coordinador de PRIRECRAEvaluación por parte de las personas participantesSupervisión y autoevaluación	Agosto 2023 – Octubre 2023
Defensa del documento final de TFG	<ul style="list-style-type: none">Elaboración del documento final de TFGPresentación del documento final de TFG	Noviembre 2023 – Enero 2024 (Según periodo de revisión de la CTFG)

Según el cronograma presentado en la tabla anterior, se estimaba que el proyecto se realizara en un periodo de 5 meses, que comprendiera la ejecución del proyecto, el monitoreo y evaluación, y la defensa del documento final de TFG. Sin embargo, dados los plazos de respuesta, no fue posible comenzar con la elaboración del protocolo desde septiembre hasta noviembre del 2023. Por lo que, mientras tanto, se realizaron procesos de juicios cognitivos con población variada, en aras de valorar la calidad y accesibilidad de los materiales.

Posteriormente, la ejecución del proyecto estaba proyectada a comenzar en febrero del 2024, contemplando el receso institucional de la UNA y las vacaciones de los pacientes. Sin embargo, producto de un cuadro del SARS COVID-19 en la población, fue posible ejecutar el proyecto entre marzo y abril del 2024. A partir de la finalización de los talleres, se ha llevado a cabo la fase de monitoreo y evaluación; la cual se retrasó a causa de situaciones personales que afectaron la elaboración de la memoria final del TFG.

FUNCIÓN DEL EQUIPO DE PROFESIONALES

La inserción de un equipo de profesionales en Psicología, en el contexto de la rehabilitación para personas con DCA, es fundamental para garantizar una atención integral. En la metodología de grupos de apoyo psicoeducativos, su rol principal consiste en estructurar las sesiones, adaptando los contenidos de manera adecuada a las necesidades de esta población; también en crear un ambiente que promueva la expresión libre y sin prejuicios de experiencias, emociones y pensamientos. En otras palabras, facilitarle a la población un espacio donde, por medio de los talleres psicoeducativos, se fomente la conciencia sobre la enfermedad y una participación activa de los pacientes en cuanto a su proceso de rehabilitación.

Como parte de la función, específicamente en el contexto del presente proyecto, el equipo debe garantizar un ambiente seguro, respetuoso y confidencial, crucial para que los talleres generen una incidencia significativa en sus participantes. Esto por cuanto su propósito es ofrecer un entorno en el que los participantes no solo puedan aprender sobre las secuelas del DCA y las herramientas para manejarlas, sino, adicionalmente, sentirse comprendidos y acompañados en su proceso de adaptación a dichas secuelas.

Asimismo, el equipo profesional debe actuar como facilitador durante las sesiones, asegurando un desarrollo adecuado de estas. Lo anterior implica que, aunque los profesionales formen parte activa del grupo, deben mantener un rol que no se confunda con el de los participantes, limitando, en el caso de las actividades, su intervención a lo estrictamente necesario para su correcto funcionamiento. También deben demostrar empatía, escuchar activamente y ajustar sus intervenciones a las características y necesidades específicas del grupo.

El conocimiento y abordaje del DCA es indispensable para atender adecuadamente los temas que surgen durante los talleres y para tratar eficazmente situaciones como interrupciones, irritabilidad o actitudes particulares de los pacientes. En este sentido, una comprensión exhaustiva de la población es fundamental para que los profesionales generen un entorno de apoyo efectivo, permitiendo así un resultado positivo en los participantes. Finalmente, se recomienda que el equipo de profesionales esté limitado a personas con alguna especialización en el área de Psicología de la Salud o a estudiantes avanzados de la carrera que cuenten con la supervisión necesaria.

REFERENCIA A MECANISMOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (por sus siglas, OPS) (1990), la evaluación consiste en identificar los avances y posibles problemas que se presentan en un

proyecto, con el propósito de realizar los cambios pertinentes y asegurar la implementación de una propuesta que se adecúe a los objetivos planteados y las necesidades que se pretenden atender; de tal modo, resultó posible “emitir juicios y tomar decisiones sobre los logros reales del programa comparados con el objetivo planteado” (OPS, 1990, p. 62). Como resultado, se realizó una evaluación sobre los resultados y cambios percibidos a raíz de la inserción, a partir de la perspectiva de la población que acudió a PRIRECRA y que participó en el protocolo de acompañamiento psicoeducativo, así como del equipo coordinador de PRIRECRA.

En ese sentido, se propuso realizar una evaluación de la percepción de los posibles beneficios una vez finalizada la ejecución de la propuesta de acompañamiento psicoeducativo, a fin de contrastar los resultados alcanzados mediante los indicadores de logros y los obtenidos a partir de la evaluación de las tres partes mencionadas anteriormente. Dicha evaluación fue posible mediante herramientas cualitativas de percepción de satisfacción con el proyecto, la cual fue dirigida a las personas participantes al momento de la finalización de los tres talleres. Asimismo, a lo largo del proceso, se contó con la supervisión de una persona profesional en Psicología en el área de rehabilitación neuropsicológica, que tuvo el rol de persona tutora, ya que su experiencia misma brindó retroalimentación acerca de la ejecución del proyecto y la pertinencia de las actividades realizadas en concordancia con los objetivos planteados.

INDICADORES DE LOGRO, MEDIOS DE VERIFICACIÓN Y PRODUCTOS

<i>Objetivo específico 1</i>	<i>Indicadores de logro</i>	<i>Medios de verificación</i>	<i>Producto</i>
Promover el desarrollo de la conciencia de enfermedad con respecto al DCA, mediante la educación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> El 60% de la población que asista a los talleres logra identificar al menos 5 de las secuelas asociadas al DCA 	<ul style="list-style-type: none"> Registro de las sesiones de cada taller Instrumento elaborado propio para medir indicador de logro (actividad de repaso sobre los contenidos vistos por parte de los participantes) Presentación de materiales elaborados ante las personas supervisoras para su aprobación Entrega de los materiales elaborados para las personas pacientes y las personas allegadas a estos 	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de actividades elaboradas en los talleres (por ejemplo, fotografías, videos y lluvias de ideas) Documento con la sistematización de lo abordado en las sesiones. Recursos psicoeducativos elaborados para el protocolo de acompañamiento psicoeducativo.
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboración y ejecución del Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales” enfocado la identificación y abordaje de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA: Se abarcan los temas de afectaciones en la atención y velocidad, desorientación, memoria, problemas en ejecución y de vida diaria, y lenguaje. Elaboración y ejecución del Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje” enfocado en la identificación y abordaje de las secuelas emocionales del DCA: Se abarcan el tema 			

<p>sobre la capacidad para regular las emociones y el comportamiento; con relación a las afectaciones como el duelo, depresión, ansiedad, estrés postraumático, temores, y comportamientos menos apropiados o diferentes a los habituales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y ejecución del Taller “¿Quién soy después del DCA?” enfocado en la identificación y abordaje de las secuelas psicosociales del DCA: Se abarca el tema en cuanto a comprender el significado del DCA con respecto a la identidad y autoconcepto, por lo que se consideran temas significativos para el grupo en particular. • Desarrollo y entrega de un manual psicoeducativo (Adaptación del material ‘Más allá del Daño Cerebral Adquirido: Vivencia personal y familiar’ de Salazar et al. (2023 en el proyecto C1326 de la VI-UCR en marcha) dirigido a pacientes y personas allegadas, que comprenda los temas mencionados anteriormente. • Producción de recursos psicoeducativos informativos sobre las características y tratamientos del DCA: Se desarrollan materiales como presentaciones, folletos y producciones audiovisuales para su uso en PRIRECRA durante los programas de ejercicios 			
Objetivo específico 2	Indicadores de logro	Medios de verificación	Producto
<p>Facilitar la adquisición de herramientas y estrategias de afrontamiento para el ajuste emocional y psicosocial ante las secuelas y cambios resultantes del DCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El 60% de la población que asista a los talleres logra conocer al menos 3 de las estrategias de afrontamiento para el abordaje de la condición de salud del DCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de las sesiones de cada taller • Instrumento elaborado propio para medir indicador de logro (actividad de repaso sobre los contenidos vistos por parte de los participantes) • Resultados de actividades elaboradas en los talleres (por ejemplo, fotografías o videos de lluvias de ideas) • Presentación de materiales elaborados ante las personas supervisoras para su aprobación • Entrega de los materiales elaborados para las personas pacientes y las personas allegadas a estos 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de actividades elaboradas en los talleres (por ejemplo, fotografías, videos y lluvias de ideas) • Documento con la sistematización de lo abordado en las sesiones. • Recursos psicoeducativos elaborados para el protocolo de acompañamiento psicoeducativo.
<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y ejecución del Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales” para promover la adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA: Se comparten estrategias para la organización del espacio físico; el abordaje de aspectos fisiológicos como el sueño, alimentación, entre otros; el uso de calendarios, listas; y aplicación de auto instrucciones, entre otras. • Elaboración y ejecución del Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje” para promover la adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas emocionales del DCA: Se comparten estrategias sobre la normalización de emociones y pensamientos, aceptación de las expresiones emocionales, optimizar la tolerancia a ciertas emociones, fomentar la compartimentación saludable de las emociones, traer conciencia a la experiencia emocional, resignificar la identidad y autoconcepto posterior al evento, entre otras. • Elaboración y ejecución del Taller “¿Quién soy después del DCA?” para promover la adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas psicosociales del DCA: Se comparten estrategias para la reconstrucción del sentido propio, a fin de aceptar las implicaciones de la condición de salud y adquirir experiencias positivas ante la nueva identidad. • Desarrollo y entrega de un manual psicoeducativo (Adaptación del material ‘Más allá del Daño Cerebral Adquirido: Vivencia personal y familiar’ de Salazar et al. (2023 en el proyecto C1326 de la VI-UCR en marcha) dirigido a pacientes y personas allegadas, que comprenda los temas mencionados anteriormente. • Producción de recursos psicoeducativos informativos sobre sobre el abordaje de las secuelas del DCA: Se desarrollan materiales como presentaciones, folletos y producciones audiovisuales para su uso en PRIRECRA durante los programas de ejercicios 			

Objetivo específico 3	Indicadores de logro	Medios de verificación	Producto
Fomentar la participación activa con respecto al proceso salud-atención-enfermedad mediante grupos psicoeducativos dirigidos a personas con DCA	<ul style="list-style-type: none"> • El 50% de la población asiste a los tres talleres; es decir, completa el protocolo de acompañamiento psicoeducativo • El 70% de la población manifiesta hacer uso de los materiales psicoeducativos proporcionados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia a los talleres • Instrumento cualitativo elaborado para valorar la perspectiva de las personas participantes ante la implementación de los talleres • Presentación de materiales elaborados ante las personas supervisoras para su aprobación • Entrega de los materiales elaborados para las personas pacientes y las personas allegadas a estos 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento con una sistematización preliminar de las experiencias compartidas producto de la modalidad grupal. • Recursos psicoeducativos elaborados para el protocolo de acompañamiento psicoeducativo.
Actividades:			
<ul style="list-style-type: none"> • Realización de talleres para la adquisición de conocimiento y herramientas para el abordaje de la condición de salud: Elaboración y ejecución de los talleres mencionados anteriormente (Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales”; Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje”; y Taller “¿Quién soy después del DCA?”) • Facilitación de grupos psicoeducativos de apoyo dirigidos a las personas con DCA y que asisten a PRIRECRA: Incorporación de actividades en los talleres que promuevan la interacción entre pares. • Entrega y promoción del uso de un manual psicoeducativo (Adaptación del material ‘Más allá del Daño Cerebral Adquirido: Vivencia personal y familiar’ de Salazar et al. (2023 en el proyecto C1326 de la VI-UCR en marcha), dirigido a las personas pacientes y sus personas allegadas 			

PRESUPUESTO

Para el presupuesto, inicialmente se planteó el siguiente (ver tabla 1), en donde los rubros en blanco corresponden a las instalaciones y recursos tecnológicos que brindó PRIRECRA para la implementación del proyecto. No obstante, las sustentantes del proyecto fueron ganadoras del Fondo para el Fortalecimiento de Capacidades Estudiantiles–Investigación, concurso realizado por Vicerrectoría de Investigación de la UNA para apoyar en la ejecución de TFG, PPS, Participación en Actividades de Investigación y Actividades Puntuales. De modo que se formuló un nuevo presupuesto (ver tabla 2) que permitió la impresión de más recursos psicoeducativos de la condición de salud y la ejecución de acciones académicas de divulgación:

Tabla 1. Presupuesto planteado inicialmente en el anteproyecto para la ejecución del TFG

Actividad	Rubro	Presupuesto
Taller "Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales"	Instalaciones	—
	Equipo tecnológico para presentación de los recursos	—
Taller "Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje"	Instalaciones	—
	Equipo tecnológico para presentación de los recursos	—
Taller "¿Quién soy después del DCA?"	Instalaciones	—
	Equipo tecnológico para presentación de los recursos	—
Producción de recursos psicoeducativos informativos sobre el DCA	Programa para diseño (Canva)	€ 30,000
	Impresión	€ 60,000
	Equipo tecnológico para presentación de los recursos	—
Otros	Transporte	€ 20,000
		Total: € 110,000

Tabla 2. Presupuesto ajustado a partir del apoyo económico brindado por FOCAES para la ejecución del TFG

Actividad/Material	Costo	Justificación
Actividades con poblaciones/Compra de insumos y materiales de trabajo Impresiones de materiales psicoeducativos	€100,000.00	A fin de ampliar el alcance a largo plazo del proyecto, se pretende facilitar el acceso a impresiones de los materiales psicoeducativos que se desarrollaron para el programa. El fondo FOCAES permitiría aumentar la cantidad de insumos que se pueden brindar a la población, tanto a la que participe en el proyecto de TFG como a futuros pacientes que asistan a PRIRECRA. La socialización de dichos materiales implica una técnica indirecta que promueve la consciencia de enfermedad y participación activa (objetivos específicos del TFG), lo cual contribuye significativamente a la adherencia al tratamiento y el éxito del proceso de rehabilitación de los pacientes.
Viáticos para trabajo de campo Viáticos para transporte de participantes	€80,000.00 (Este monto es un estimado; pero dependiendo de las inscripciones y zonas de procedencia, podría variar)	Ya que se les solicita a las personas participantes movilizarse otro día aparte para las sesiones de los talleres, y tomando en consideración las dinámicas de cuidado y la condición de DCA que se presente, se pretende contribuir monetariamente a la posibilidad de poder movilizarse para asistir a los talleres y el acceso a una atención integral de su condición de salud.

<p>Pago de licencias temporales Licencia de Canva</p>	<p>\$54.99 (€28,429.00 con base al tipo de cambio del 6 de marzo de 2024)</p>	<p>La licencia de Canva se utiliza para la elaboración de los materiales psicoeducativos que se realizan para la población a la que va dirigida el proyecto. Cabe aclarar que la licencia es para un periodo de 1 año.</p>
<p>Acciones académicas de divulgación Revisión de publicaciones académicas</p>	<p>€50,000.00</p>	<p>Como parte de los productos esperados del TFG, se prevé publicar la memoria final del proyecto, al igual que de un artículo científico en coautoría con el Comité Asesor del TFG. Por ende, a nivel de investigación, se pretende destinar una parte del presupuesto a la revisión por parte de una persona profesional en filología para cumplir con la entrega de dichos productos. Tales acciones académicas de divulgación permitirán contribuir significativamente a la definición de un modelo de atención para esta población, que atienda las necesidades y determinantes biopsicosociales de su proceso de salud-atención-enfermedad. Esto no es solo necesario a nivel nacional para atender la alta demanda producto de la saturación de los servicios de salud para esta población a nivel nacional: es importante su universalización y divulgación en el ámbito internacional.</p>

Total (estimado): €258,429.00

CAPÍTULO V. RESULTADOS

En cuanto al presente apartado, se abordan los resultados obtenidos durante el proceso del diseño y ejecución del protocolo de acompañamiento psicoeducativo dirigido a personas con DCA. Lo anterior, tomando en consideración dos puntos esenciales. Por un lado, la descripción general del proceso y de los resultados obtenidos, en donde se abarca desde los contactos iniciales hasta las etapas finales del proyecto. Se determinan las fases claves del protocolo, proporcionando una visión clara de los procedimientos seguidos y los logros alcanzados en cada etapa según los objetivos planteados.

Por otra parte, el análisis y discusión interpretativa de los resultados permite explicar y argumentar la efectividad del presente protocolo a partir de los resultados de autopercepción obtenidos de las personas participantes del proyecto. En este sentido, se analizan los alcances logrados en función de investigaciones anteriores y de los esfuerzos previos a nivel nacional, destacando cómo este proyecto ha dado solución a las necesidades identificadas en PRIRECRA. Al mismo tiempo que se discute su aporte tanto teórico como metodológico, así como el impacto significativo que ha tenido para PRIRECRA, la Escuela de Psicología y el desarrollo de intervenciones en el ámbito de la rehabilitación a nivel país.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO Y RESULTADOS OBTENIDOS

El proceso de investigación comenzó en el año 2022 con los contactos iniciales, estableciendo relaciones con diversos grupos de interés y finalmente seleccionado a PRIRECRA. Se recopiló información preliminar esencial para el desarrollo del proyecto por medio de una revisión bibliográfica. A continuación, se avanzó por varias etapas estructuradas, cada una diseñada para cumplir con lo indicado en el objetivo general. La finalidad del proyecto no es solo el diseño de una propuesta de acompañamiento psicoeducativo para personas con DCA, sino su debida ejecución y valoración.

En las fases del proyecto (ver [Anexo 5](#)), se profundizó en el entendimiento de las necesidades sociales y psicológicas de la población, en diseñar y ejecutar el protocolo de acompañamiento psicoeducativo y, finalmente, su debida valoración mediante diversos mecanismos de evaluación. Todo ello se llevó a cabo con los propósitos de a) cumplir con promover el desarrollo de la consciencia de enfermedad respecto del DCA, por medio de la educación para la salud; b) facilitar la adquisición de herramientas y estrategias de afrontamiento de las secuelas y cambios del DCA; y c) fomentar la participación activa en el proceso salud-atención-enfermedad.

De seguido, se detallan los resultados obtenidos se presentan en relación con las fases del proyecto, a modo de procurar una presentación clara y organizada de los resultados tomando en consideración también el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

Fases de la elaboración y ejecución del trabajo final de graduación

Primera fase. Acercamiento inicial e identificación de la situación-problema en la población

En el año 2022, las sustentantes iniciaron el proceso de elaboración del TFG, de la mano de los cursos de Taller de Trabajo Final de Graduación I y II. De modo que, a lo largo de ese año, fue necesario buscar una población adecuada para el tema de interés y que, a la vez, contara con las necesidades que podían ser atendidas por la propuesta del TFG. Así, se hizo presente la oportunidad de disponer de una reunión con el director de PRIRECRA. El contacto inicial proporcionó la información necesaria para establecer lo que luego serían diversas entrevistas y visitas al centro con el fin de determinar las necesidades de la población.

Como resultado, por medio de relatos de participantes de PRIRECRA fue posible revelar las necesidades significativas a nivel psicológico durante su rehabilitación, destacando la importancia de la Psicología en el proceso de salud-atención-enfermedad. Los participantes experimentaron cambios emocionales, cognitivo-conductuales y psicosociales, y señalaron que la Psicología es esencial para su adaptación y rehabilitación. Esta situación identificó una demanda crucial de acceso y atención integral en su proceso de rehabilitación. De esa manera, surgió la propuesta de la implementación de un acompañamiento psicoeducativo en PRIRECRA, con el fin de promover la comprensión y abordaje de las secuelas del DCA.

Segunda fase. Diseño y ejecución del protocolo

Diseño

En lo que respecta al diseño del protocolo de acompañamiento psicoeducativo para PRIRECRA, este inició previamente a la entrega del anteproyecto, a fin de establecer ciertos puntos iniciales como la cantidad de talleres y sus ejes temáticos, los recursos necesarios para la elaboración de los talleres y del material psicoeducativo, los medios de verificación, el lugar y las características de la población. No obstante, la labor de diseñar con detalle el protocolo comenzó con la aprobación de la Escuela de Psicología de la UNA a partir de junio del 2023. La aprobación del anteproyecto fue el visto bueno para comenzar a diseñar y estructurar cada contenido del protocolo, desde la organización y desglose de las actividades de los talleres hasta la elaboración de cada material psicoeducativo.

El proceso de diseñar implicó varios meses de prueba y error para asegurar calidad y claridad tanto a las personas que participaron en los talleres como de futuras personas participantes de PRIRECRA. Lo anterior fue posible gracias a las supervisiones con la directora del TFG, la Dra. Mónica Salazar Villanea, quien guió el proceso de elaboración del protocolo. Como resultado de esta fase, se elaboró lo siguiente: desglose de las actividades de cada taller, tres presentaciones de PowerPoint (una para cada taller), un folleto de autocuidado y un manual guía para personas acompañantes y familiares de PRIRECRA. Por último, se elaboró una página web dirigida a las personas con DCA, a sus personas allegadas y a todo individuo que quiera aprender acerca del DCA.

El propósito fue cumplir los objetivos planteados, es decir, fomentar la consciencia de la enfermedad y la participación activa en el proceso de rehabilitación, facilitando el acceso a herramientas y estrategias de afrontamiento para el ajuste emocional y psicosocial. Por lo tanto, en las siguientes líneas, se desarrolla cada uno de los resultados elaborados a partir del diseño del protocolo de acompañamiento psicoeducativo para las personas participantes de PRIRECRA.

Como bien se ha explicado, los talleres con sus materiales psicoeducativos respectivos como estrategia metodológica constaron de tres sesiones con temáticas específicas. Durante el proceso del diseño, fue necesario *desglosar los talleres* (ver [Anexo 6](#)), de manera que fuese posible aumentar su efectividad, al elaborar los talleres y sus materiales, con miras a comprender la relevancia del contexto de la rehabilitación de personas con DCA. Por lo tanto, este proceso permitió abordar de manera estructurada y específica las necesidades identificadas en la fase de diagnóstico.

El diseño previo permitió establecer objetivos claros y específicos para cada taller, alineados con las necesidades emocionales, cognitivas y psicosociales de los participantes. Esto garantizó que cada sesión tuviera un propósito definido y contribuyera al logro de los objetivos del proyecto. Asimismo, al diseñar los talleres con antelación, se pudo crear una estructura lógica y coherente para cada sesión; ello facilitó la planificación de actividades, tiempos y recursos, asegurando que cada taller se desarrollara de manera fluida y efectiva.

Igualmente, el diseño de los talleres les brindó a las estudiantes facilitadoras la oportunidad de familiarizarse con el contenido y la estructura de las sesiones antes de su ejecución. Ello aumentó su confianza y capacidad para ejecutar las sesiones de manera efectiva, respondiendo, posteriormente, y de manera adecuada, a las necesidades y preguntas de los participantes.

A raíz del diseño de los talleres psicoeducativos se obtuvo como resultado asegurar que cada sesión estuviera bien organizada, vinculada con las necesidades de los participantes y equipada con los recursos adecuados. Se procuró que los recursos utilizados en las actividades tuvieran sentido lógico en lo concerniente al tema de los talleres. Por ejemplo, la elaboración de los carteles para las actividades grupales iba asociado a las metáforas realizadas a lo largo de cada taller, dando como producto una coherencia interna (ver [Anexo 6](#)).

En lo que respecta a los materiales psicoeducativos, la planificación previa permitió desarrollar y adaptar el material específicamente para las personas con DCA. Estos materiales fueron diseñados para ser accesibles y comprensibles, proporcionando herramientas prácticas y recursos valiosos para apoyar la rehabilitación de las personas participantes. Por lo tanto, se hizo énfasis en una producción visual y audiovisual adaptada para personas con DCA: textos claros y comprensibles, letra de un tamaño adecuado, colores llamativos e imágenes adecuadas para una mejor transmisión de la información, por ejemplo. Lo anterior se logró gracias a la revisión y supervisión de la Dra. Mónica Salazar Villanea, el apoyo de una profesional en diseño publicitario, y la elaboración de un juicio cognitivo.

Las *presentaciones de PowerPoint* fueron resultado del diseño y la elaboración del material psicoeducativo. Como consecuencia de tal proceso, se realizaron tres presentaciones una por cada taller. Dado que cada taller abordaba un tema diferente, las presentaciones pudieron orientarse para resaltar los puntos clave y las particularidades de cada contenido. El proceso favoreció mejorar la planificación del contenido de los talleres, así como su adaptación y coherencia, procurando la calidad y efectividad de cada sesión, asegurando que los participantes recibieran información clara, relevante y estructurada de forma idónea para la población con DCA (ver [Anexo 7](#)).

Cabe reiterar que el presente TFG fue realizado en colaboración con el proyecto "Narrativas sobre el Daño Cerebral Adquirido (DCA): visibilización y resignificación", dirigido por la Dra. Mónica Salazar Villanea y coordinado por IIP de la UCR. Este pretende indagar sobre las experiencias ante los cambios producidos en dicha población, con el fin de proponer un modelo conceptual y de abordaje del DCA en Costa Rica. Quiere decir que toda producción del presente trabajo está apoyada en los materiales psicoeducativos de dicho proyecto.

En el caso del folleto de autocuidado y el manual guía para personas acompañantes y familiares de PRIRECRA, son una adaptación del material elaborado por el proyecto "Narrativas sobre el Daño Cerebral Adquirido (DCA): visibilización y resignificación". En el marco del proyecto, la adaptación de ambos recursos fue fundamental para complementar los talleres. Los materiales fueron creados con el objetivo de brindar información esencial y herramientas

prácticas a quienes acompañan a las personas con DCA, reconociendo la relevancia de su rol en el proceso de rehabilitación.

El manual “Conviviendo con el Daño Cerebral Adquirido, guía para personas acompañantes y familiares” (ver [Anexo 8](#)) se desarrolló con un enfoque comprensivo y educativo, proporcionando información sobre diversos aspectos relacionados con el DCA y el autocuidado de las personas cuidadoras. Entre los contenidos, se incluyó la desmitificación y corrección de creencias falsas sobre el DCA para facilitar una comprensión más precisa de este. Además, se incorporó un apartado de recomendaciones prácticas para apoyar a las personas con DCA.

De igual manera, el manual aborda el fomento del bienestar, por lo que se destacan estrategias para promover el bienestar tanto de la persona con DCA como de sus acompañantes. Y, específicamente para las personas acompañantes y familiares, se incluye un apartado acerca de las estrategias de apoyo con técnicas específicas tales como ejercicios de respiración, pausas mentales y técnicas de relajación muscular. Dichas estrategias están diseñadas para ser prácticas y fácilmente aplicables en el día a día (ver [Anexo 8](#) para acceder a versión digital del manual).

El folleto se tituló “Guía práctica para el autocuidado de acompañantes o familiares” y es una guía práctica y de acceso rápido para los acompañantes y familiares. Este folleto condensa la información más relevante del manual, presentándola de manera clara y concisa para facilitar su lectura y comprensión rápida. El material ha sido impreso; se encuentra en las instalaciones de PRIRECRA y es accesible con facilidad (ver [Anexo 9](#) para acceder a versión digital de la guía).

La elaboración de materiales asegura que tanto los participantes de los talleres como sus redes de apoyo cuenten con información valiosa y estrategias prácticas, promoviendo un entorno de rehabilitación integral. Por esta razón, para el proyecto fue prioritario elaborar un medio para centralizar la información. Como parte de los resultados, se desarrolló una página web que reúne todos los materiales de los talleres, segmentados según los mismos temas abordados en cada una de las tres sesiones. La plataforma digital se creó con el propósito de asegurar que tanto los participantes de PRIRECRA como sus redes de apoyo tengan acceso continuo a información valiosa y estrategias prácticas (ver [Anexo 10](#) para acceder a la página web).

La página web está organizada y adaptada para que los usuarios pueden navegar fácilmente por los diferentes temas tratados en los talleres, lo que facilita la consulta y el uso de los recursos educativos en cualquier momento. Por lo tanto, la accesibilidad y la usabilidad del entorno virtual permiten que las personas con DCA, sus acompañantes y familiares puedan revisar y aplicar las estrategias aprendidas durante las sesiones.

Además, la plataforma digital no solo amplía el alcance de la información a los participantes directos del proyecto; también permite que cualquier persona interesada en aprender sobre el DCA pueda acceder a estos recursos. Esto contribuye a maximizar la difusión del conocimiento y a la sensibilización sobre la condición de salud abordada, promoviendo un apoyo más amplio o generalizado. Del mismo modo, la creación de esta página web garantiza la viabilidad y continuidad del proyecto, permitiendo que la información permanezca disponible y actualizada, incluso después de la finalización de las sesiones presenciales.

Cabe mencionar que la página web desarrollada no centraliza la información de los talleres, puesto que amplía el contenido mediante otros recursos importantes. Esta plataforma fue diseñada para proporcionar una experiencia enriquecedora y accesible, incorporando materiales audiovisuales que hacen la navegación más entretenida y amigable para la población meta. Por lo tanto, en adición a los contenidos de los talleres, los usuarios pueden encontrar videos explicativos, infografías y otros elementos interactivos que facilitan la comprensión y aplicación de las estrategias presentadas.

Finalmente, se realizó un manual denominado “Guía para implementación de acompañamiento psicoeducativo dirigido a personas con daño cerebral adquirido” (ver [Anexo 11](#) para acceder a versión digital del manual). Su objetivo es servir como recurso informativo para aquellos estudiantes avanzados de la carrera de Psicología de la UNA que quieran continuar con los talleres en los respectivos cursos de Práctica Profesional Supervisada. De esta manera, se asegura que el proyecto se mantenga y extienda en el tiempo, beneficiando a una población más amplia y reforzando el compromiso con la educación y el apoyo en el contexto del DCA.

Ejecución

En cuanto a la ejecución de los talleres, se tomó en consideración lo mencionado en el diseño (ver [Anexo 6](#)) y se implementaron los talleres. Como se ha acotado, se realizaron tres talleres que tomaron lugar en las instalaciones de PRIRECRA. Dicho proyecto colaboró con el espacio donde se realizaron los talleres dando a disposición un aula espaciosa y adecuada para las necesidades del proyecto.

Con el fin de obtener más participación, se habilitaron dos horarios en los que se podía asistir a los talleres, de modo que la ejecución de estos se dividió en dos grupos. Además, los talleres inicialmente eran dirigidos únicamente para las personas con DCA, excluyendo a sus acompañantes y/o familiares. Sin embargo, dada las circunstancias, se enfrentó la realidad de que había varios acompañantes y/o familiares que deseaban participar en los talleres. Por eso, se tomó la decisión de permitir la presencia de las personas acompañantes; sin embargo, se les

aclaró que era fundamental escuchar la participación de las personas con DCA, procurando sostener el objetivo del proyecto.

Tabla 3. Asistencia a los talleres de acompañamiento psicoeducativo dirigida a personas con DCA, atendidas en PRIRECRA en el periodo marzo-abril 2024

Nombre	Talleres efectuados	Grupo	Número de participantes con DCA	Número de participantes con DC	Número de participantes acompañantes	Número total de participantes
Taller 1: Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales.	2	Grupo A	4	0	1	12
		Grupo B	3	1	3	
Taller 2: Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su manejo.	2	Grupo A	4	0	1	11
		Grupo B	3	1	2	
Taller 3: ¿Quién soy después del DCA?	2	Grupo A	4	0	1	11
		Grupo B	3	1	2	

En la tabla 3 se detallan aspectos fundamentales acerca de la estructuración de los talleres, abarcando la asistencia de personas y la cantidad de sesiones realizadas. Para más claridad, al haberse realizados dos sesiones por cada taller se designó el nombre de ‘grupo A’ y ‘grupo B’. Los talleres se realizaron entre el 1º y el 22 de abril del 2024. Se llevaron a cabo, consecutivamente, por tres semanas, a diferencia de lo estipulado en el anteproyecto. Este cambio se implementó por conveniencia del equipo coordinador y de las personas participantes.

En lo que respecta a la evaluación de los talleres, se hizo en la tercera etapa del proyecto, correspondiente a la evaluación del protocolo, la cual se abordará a continuación.

Tercera fase. Evaluación del protocolo.

Esta fase fue crucial para determinar la efectividad de los talleres y el material psicoeducativo, medir el cumplimiento de los objetivos específicos y recopilar retroalimentación por parte de los participantes con DCA y de sus acompañantes y familiares. Los medios de evaluación utilizados incluyeron: una rúbrica de evaluación por cada taller (ver [Anexo 12](#)); una

rúbrica en relación con el cumplimiento de los objetivos específicos del proyecto (ver [Anexo 15](#)); y una rúbrica relativa a la experiencia de haber completado el programa (ver [Anexo 16](#)); asimismo, el resultado de las actividades elaboradas en los talleres y el registro de las sesiones, ambos por medio de fotografías (ver [Anexo 13](#) y [Anexo 14](#)); igualmente, presentación de materiales elaborados ante las personas supervisoras para su aprobación; recopilación en bitácoras de los talleres de la experiencia del equipo coordinador y de comentarios esporádicos por parte de las personas participantes; y, finalmente, entrega de los materiales elaborados para las personas pacientes y las personas allegadas a estos, y de una rúbrica de evaluación de los mismos (ver [Anexo 17](#)).

Así se logró obtener una visión integral de los resultados y el alcance de las sesiones psicoeducativas. Por lo tanto, en esta fase final, al haber terminado ya la ejecución del protocolo, se sistematizaron los resultados obtenidos (ver Tabla 4) respecto del cumplimiento de los objetivos específicos del proyecto y los objetivos de los talleres, el registro de las actividades, los medios de verificación reflejados en los resultados de las actividades, los resultados de las rúbricas, y los indicadores de logro.

La ejecución de los tres talleres psicoeducativos para personas con DCA fue exitosa en cumplir los objetivos planteados, logrando la identificación y el abordaje de las secuelas cognitivas, emocionales y psicosociales del DCA. Las personas participantes expresaron un alto nivel de satisfacción y claridad en la información recibida. La metodología aplicada, que incluyó actividades interactivas y técnicas de relajación, fue adecuada para la población, promoviendo un aprendizaje efectivo y la adquisición de herramientas prácticas para su rehabilitación.

En lo relativo a las rúbricas realizadas en la sesión de entrega de materiales, el objetivo de ellas era recolectar información pertinente en cuanto al cumplimiento de los objetivos del proyecto. Hay que tomar en consideración que la mayor parte de las personas participantes asistió (un total de nueve personas). Esta última sesión se llevó a cabo tres meses después de haber efectuado el último taller y aun así, se rescataron hallazgos importantes (ver Tabla 4).

Tabla 4. Resultados de las acciones específicas y coordinaciones para el cumplimiento de los objetivos, según medios de verificación e indicadores de logro

Objetivo específico: Promover el desarrollo de la consciencia de enfermedad con respecto al DCA, mediante la educación para la salud				
Acciones específicas y coordinaciones	Actividades realizadas	Medios de verificación		Indicadores de logro
		Resultados según las actividades	Resultados según las rúbricas de evaluación	

<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y ejecución del Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales” - Brindar herramientas psicoeducativas para la comprensión e identificación de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación para el desarrollo y ejecución del taller • Uso de técnica de figura humana para identificación de secuelas, y estrategias y herramientas (ver Anexos 13 y 14) • Uso de actividades lúdicas como el bingo para generar <i>rapport</i> sobre secuelas cognitivo-conductuales • Enseñanza sobre técnica de relajación 	<p>Por medio de las actividades se obtiene que se logró brindar las herramientas psicoeducativas para la comprensión e identificación y para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA. Se abordan temas como la identificación y abordaje de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA: Se abarcan los temas de afectaciones en la atención y velocidad, desorientación, memoria, problemas en ejecución y de vida diaria, y lenguaje.</p>	<p>Según la ejecución de los talleres</p> <p>Por medio de los resultados obtenidos de la rúbrica evaluativa que se entregó al final de cada taller, se obtuvo que el 100% de la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estuvo muy satisfecho con la ejecución de los talleres. ○ Todo el contenido presentado quedó claro y se entendió. ○ Se consideró que los temas abordados en los tres talleres fueron pertinentes para su proceso de rehabilitación. <p>Según el cumplimiento de los objetivos específicos del proyecto</p> <p>Por medio de los resultados obtenidos de la rúbrica evaluativa que se realizó el mismo día de la entrega de materiales, se obtuvo los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El 78% recuerda lo que aprendimos en los talleres. ○ El 100% afirma que los talleres le ayudaron a identificar las secuelas del DCA. ○ El 100% afirma que el grupo de apoyo les ha ayudado a comprender mejor su condición y afrontar mejor sus secuelas. 	<p>El 60% de la población que asista a los talleres logra identificar al menos 5 de las secuelas asociadas al DCA</p>	<p>✓</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y ejecución del Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA” - Brindar herramientas psicoeducativas para la identificación de las secuelas emocionales del DCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación para el desarrollo y ejecución del taller • Uso de técnica de lluvia de ideas para identificación de secuelas, y estrategias y herramientas (metáfora del árbol) (ver Anexos 13 y 14) • Uso de actividades lúdicas como el bingo para generar <i>rapport</i> sobre secuelas emocionales • Enseñanza sobre técnica de Mindfulness 	<p>A partir de las actividades en el segundo taller, se puede afirmar que se logró brindar herramientas psicoeducativas para la identificación de las secuelas emocionales del DCA. Se abordan temas como la identificación y abordaje de las secuelas emocionales del DCA: Se abarcan el tema sobre la capacidad para regular las emociones y el comportamiento; con relación a las</p>	<p>Por medio de los resultados obtenidos de la rúbrica evaluativa que se realizó el mismo día de la entrega de materiales, se obtuvo los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El 78% recuerda lo que aprendimos en los talleres. ○ El 100% afirma que los talleres le ayudaron a identificar las secuelas del DCA. ○ El 100% afirma que el grupo de apoyo les ha ayudado a comprender mejor su condición y afrontar mejor sus secuelas. 		

		afectaciones como el duelo, depresión, ansiedad, estrés postraumático, temores, y comportamientos menos apropiados o diferentes a los habituales.	Relativo a la experiencia de haber participado en el proyecto y completado el protocolo Por medio de los resultados obtenidos también se realizó el mismo día de la entrega de materiales, se obtuvo que el 100% de la población afirma que:		
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y ejecución del Taller “¿Quién soy después del DCA?” - Facilitar por medio de herramientas psicoeducativas la identificación de las secuelas psicosociales del DCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación para el desarrollo y ejecución del taller • Uso de técnica de lluvia de ideas y tablas comparativas para identificación de secuelas (ver Anexos 13 y 14) • Uso de actividades lúdicas como el bingo para generar <i>rapport</i> • sobre aspectos de la identidad • Uso de técnica de análisis de caso para identificación de estrategias y herramientas • Enseñanza sobre técnica de respiración 	Se facilitaron herramientas psicoeducativas para la identificación de las secuelas psicosociales del DCA. Se desarrollan los temas concernientes a comprender el significado del DCA respecto de la identidad y autoconcepto, por lo que se consideran temas significativos para el grupo en particular.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participar en el programa y en el grupo de apoyo mejoró su percepción sobre su situación, ayudándoles a comprender y manejar mejor las secuelas del DCA. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de materiales psicoeducativos a pacientes y personas allegadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los materiales psicoeducativos realizados para la propuesta del protocolo de acompañamiento psicoeducativo • Elaboración de página web (Anexo 10) • Elaboración de folleto (Anexo 9) • Elaboración de manuales (Anexo 8 y 11) 	Presentación y reforzamiento de los contenidos vistos en los talleres, mediante instructivo de cómo acceder a manuales, página web y guías realizadas como materiales psicoeducativos para el promover el aprendizaje ‘pasivo’ dentro del protocolo			

Objetivo específico: Facilitar la adquisición de herramientas y estrategias de afrontamiento para el ajuste emocional y psicosocial ante las secuelas y cambios resultantes del DCA

Acciones específicas y coordinaciones	Actividades realizadas	Medios de verificación		Indicadores de logro	
		Resultados según las actividades	Resultados según las rúbricas de evaluación		
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y ejecución del Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales” - Proporcionar herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación para el desarrollo y ejecución del taller • Uso de técnica de figura humana para identificación de secuelas, y estrategias y herramientas (Ver Anexos 13 y 14) • Uso de actividades lúdicas como el bingo para generar <i>rapport</i> sobre secuelas cognitivo-conductuales • Enseñanza sobre técnica de relajación 	<p>Por medio de las actividades se obtiene que se logró brindar las herramientas psicoeducativas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA. Se facilita el aprendizaje de estrategias para la organización del espacio físico; el abordaje de aspectos fisiológicos como el sueño, alimentación, entre otros; el uso de calendarios, listas; y aplicación de auto instrucciones, entre otras.</p>	<p>Según la ejecución de los talleres</p> <p>Por medio de los resultados obtenidos de la rúbrica evaluativa que se entregó al final de cada taller, se obtuvo que el 100% de la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estuvo muy satisfecho con la ejecución del taller. ○ Todo el contenido presentado quedó claro y se entendió. ○ Se consideró que los temas abordados en los tres talleres fueron pertinentes para su proceso de rehabilitación. <p>Según el cumplimiento de los objetivos específicos del proyecto</p> <p>Por medio de los resultados obtenidos de la rúbrica evaluativa que se realizó el mismo día de la entrega de materiales, se obtuvo los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El 78% recuerda lo que aprendimos en los talleres. ○ El 100% afirma haber aprendido estrategias y herramientas para afrontar las secuelas del DCA. ○ El 100% afirma que el grupo de apoyo les ha ayudado a comprender mejor su condición y 	<p>El 60% de la población que asista a los talleres logra conocer al menos 3 de las estrategias de afrontamiento para el abordaje de la condición de salud del DCA</p>	✓
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y ejecución del Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA” - Promover la adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas emocionales del DCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación para el desarrollo y ejecución del taller • Uso de técnica de lluvia de ideas para identificación de secuelas, y estrategias y herramientas (metáfora del árbol) (Ver Anexos 13 y 14) • Uso de actividades lúdicas como el bingo para generar <i>rapport</i> sobre secuelas emocionales • Enseñanza sobre técnica de Mindfulness 	<p>A partir de las actividades en el segundo taller, se puede afirmar que se promovió la adquisición de estas herramientas para manejar y afrontar las secuelas emocionales de la misma. Se aprendió sobre la normalización de emociones y pensamientos, aceptación de las expresiones emocionales, optimizar la tolerancia a ciertas emociones, fomentar la</p>	<p>Por medio de los resultados obtenidos de la rúbrica evaluativa que se realizó el mismo día de la entrega de materiales, se obtuvo los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El 78% recuerda lo que aprendimos en los talleres. ○ El 100% afirma haber aprendido estrategias y herramientas para afrontar las secuelas del DCA. ○ El 100% afirma que el grupo de apoyo les ha ayudado a comprender mejor su condición y 		

		compartimentación saludable de las emociones, traer conciencia a la experiencia emocional, resignificar la identidad y autoconcepto posterior al evento, entre otras.	afrontar mejor sus secuelas. Relativo a la experiencia de haber participado en el proyecto y completado el protocolo Por medio de los resultados obtenidos también se realizó el mismo día de la entrega de materiales, se obtuvo que el 100% de la población afirma que:		
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y ejecución del Taller “¿Quién soy después del DCA?” - Fomentar a adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas psicosociales del DCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación para el desarrollo y ejecución del taller • Uso de técnica de lluvia de ideas y tablas comparativas para identificación de secuelas (Ver Anexos 13 y 14) • Uso de actividades lúdicas como el bingo para generar <i>rapport</i> • sobre aspectos de la identidad • Uso de técnica de análisis de caso para identificación de estrategias y herramientas • Enseñanza sobre técnica de respiración 	Se facilitaron herramientas psicoeducativas para fomentar la adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de estas mismas secuelas. Se abordaron estrategias para la reconstrucción del sentido propio, a fin de aceptar las implicaciones de la condición de salud y adquirir experiencias positivas ante la nueva identidad.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Participar en el programa y en el grupo de apoyo mejoró su percepción sobre su situación, ayudándoles a comprender y manejar mejor las secuelas del DCA. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de materiales psicoeducativos a pacientes y personas allegadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los materiales psicoeducativos realizados para la propuesta del protocolo de acompañamiento psicoeducativo • Elaboración de página web (Anexo 10) • Elaboración de manuales (Anexo 8) • Elaboración de guías de cuidado (Anexo 11) 	Presentación de los contenidos vistos en los talleres, mediante instructivo de cómo acceder a manuales, página web y guías realizadas como materiales psicoeducativos.			

Objetivo específico: Fomentar la participación activa con respecto al proceso salud-atención-enfermedad mediante grupos psicoeducativos dirigidos a personas con DCA

Acciones específicas y coordinaciones	Actividades realizadas	Medios de verificación		Indicadores de logro
		Resultados según las actividades	Resultados según las rúbricas de evaluación	
<ul style="list-style-type: none"> Ejecución de propuesta de acompañamiento psicoeducativo dirigida a personas con DCA, atendidas en PRIRECRA 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo y ejecución del Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales” Desarrollo y ejecución del Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA” Desarrollo y ejecución del Taller “¿Quién soy después del DCA?” Presentación de los materiales psicoeducativos (página web, manuales, guías y folletos) realizados para la propuesta del protocolo de acompañamiento psicoeducativo 	<p>Presentación y reforzamiento de los contenidos vistos en los talleres para la participación activa. Además, mediante un instructivo de cómo acceder a manuales, página web y guías realizadas como materiales psicoeducativos, se promovió el aprendizaje ‘pasivo’ dentro del protocolo</p>	<p>Según la ejecución de los talleres Por medio de los resultados obtenidos de la rúbrica evaluativa que se entregó al final de cada taller, se obtuvo que el 100% de la población:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se consideró que los temas abordados en los tres talleres fueron pertinentes para su proceso de rehabilitación. <p>Según el cumplimiento de los objetivos específicos del proyecto Por medio de los resultados obtenidos de la rúbrica evaluativa que se realizó el mismo día de la entrega de materiales, se obtuvo los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> El 100% afirma que el grupo de apoyo les ha ayudado a comprender mejor su condición y afrontar mejor sus secuelas. El 100% afirma sentirse bien al interactuar con otras personas en el grupo de apoyo. 	<p>El 50% de la población asiste a los tres talleres; es decir, completa el protocolo de acompañamiento psicoeducativo</p>

✓

			<p>Relativo a la experiencia de haber participado en el proyecto y completado el protocolo</p> <p>Por medio de los resultados obtenidos también se realizó el mismo día de la entrega de materiales, se obtuvo que el 100% de la población afirma que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consideraron que los aspectos del programa y del grupo de apoyo fueron valiosos y beneficiosos para su proceso 	
--	--	--	--	--

En síntesis, se observó que la mayoría de los participantes recuerdan lo aprendido en los talleres, logrando identificar y afrontar las secuelas del DCA con mayor claridad. Todos los participantes coincidieron en que los talleres y el grupo de apoyo les ayudaron a comprender mejor su condición y a mejorar su abordaje de las secuelas, además de valorar positivamente la interacción con otras personas en el grupo. Por último, se destacó que la participación en el programa y en el grupo de apoyo mejoró su percepción sobre su condición de salud, considerando ambos como valiosos y beneficiosos para su proceso.

Con el propósito de profundizar más allá de las respuestas obtenidas en las rúbricas, se promovió un espacio de diálogo en el que se destacaron algunos comentarios significativos, tales como: *‘Lo que más recuerdo es por las actividades; con ellas, aprendimos a identificar las secuelas del Daño Cerebral Adquirido’*; *‘El grupo de apoyo me ayudó a comprender mejor mi condición porque tuve compañeros que hablaban con uno’*; *‘Aprendí sobre estrategias y herramientas; pero mi parte favorita fue compartir con los demás’*; *‘Para mí, lo más importante fueron los grupos de apoyo’*; *‘El programa nos ayudó para comprendernos y para hablar; eso nos ayudó montones’*; *‘Me siento mejor de mi condición porque aprendí mucho y aunque no me acuerde de todo, algo siempre queda para ayudarnos’*; y *‘La experiencia fue muy valiosa; una gran ayuda’*.

Los datos obtenidos de estos medios de verificación e indicadores de logro proporcionaron información valiosa. Empero, para el proyecto también fue fundamental contar con la recopilación en *bitácoras de los talleres*, acerca de la experiencia del equipo coordinador y de comentarios esporádicos de las personas participantes, a fin de ajustar y mejorar futuros talleres, asegurando así la continuidad y eficacia del programa.

En este sentido, se recibieron observaciones valiosas que contribuyeron a la mejora de los talleres. Entre ellas, se destacó la necesidad de hablar más pausado durante las presentaciones y de simplificar la parte técnica de los contenidos. Además, se identificó que la primera parte del primer taller, que aborda las secuelas cognitivas-conductuales del DCA, podría ser muy repetitiva y se necesitaría una síntesis para mejorar la comprensión por parte de los participantes. Además, se identificó dificultades con conceptos básicos, como, por ejemplo, qué son las emociones (Taller 2) o qué es la identidad (Taller 3). En consecuencia, se sugirió revisar y ajustar la presentación para hacerla más accesible y clara.

Con base en tales observaciones, se incorporaron varios cambios significativos para las sesiones subsiguientes. De modo que se añadió una pequeña introducción acerca de los conceptos de emociones, sentimientos e identidad, dado que son esenciales para comprender los talleres. Esta inclusión fue bien recibida y ayudó a los participantes a entender mejor los contenidos del taller y continuar con las dinámicas previstas.

Como se explicó, parte de los resultados obtenidos en el proyecto correspondió al desarrollo de una gama de materiales elaborados para las personas participantes de PRIRECRA. Después de la aprobación de las personas supervisoras, se les entregaron dichos materiales a las personas pacientes y a sus allegados por medio de una sesión en la cual fue posible divulgar los materiales y su uso (ver [Anexo 17](#)). Estos materiales, que incluyen presentaciones, folletos, manuales y la página web, fueron diseñados y ajustados según las observaciones recibidas para asegurar su accesibilidad y relevancia.

En esta sesión de entrega de materiales, hubo la oportunidad de que las personas participantes exploraran el material, por lo que fue importantísimo fomentar la conversación y registrar sus opiniones en cuanto a su experiencia. Con el propósito de facilitar el registro de la visión de los participantes se repartió una rúbrica de evaluación de los materiales psicoeducativos. Después de haber estudiado el material, todos los participantes afirmaron que son útiles para comprender y tratar las secuelas del DCA, además de ser amigables, fáciles de usar y comprensibles (ver [Anexo 15](#)).

Sin embargo, para el proyecto fue fundamental no solo recolectar lo que las personas marcaron, sino también sus comentarios esporádicos. En este sentido, se presentan algunos

comentarios rescatados de la sesión en relación con los materiales: 'Sí es un apoyo para el abordaje de las secuelas, ya que la gente se motiva más; nos ayuda más'; 'Entre [sic] más información, más conocimiento; es mejor para poder hablar y tener conciencia de la enfermedad'; 'Estos materiales ayudan a la conciencia familiar porque mejora[n] la comprensión mutua'; y 'También ayudan a concientizar sobre el daño y a poner los pies en la tierra'.

La aceptación de los supervisores de PRIRECRA y la distribución exitosa de los materiales marcaron un hito significativo en la implementación del proyecto, garantizando que tanto los pacientes como sus redes de apoyo tengan acceso a información valiosa y estrategias prácticas para su rehabilitación.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN INTERPRETATIVA DE RESULTADOS

En el presente apartado, es crucial destacar que, a diferencia de otros estudios que utilizan diseños cuantitativos previo y posterior a la inserción para evaluar cambios o mejoras, los resultados de este proyecto se basan en la autopercepción de los participantes. Aunque este enfoque no permite cuantificar cambios medibles, sí proporciona una visión clara sobre el impacto percibido de los talleres psicoeducativos según las opiniones de las personas con DCA que participaron en el proyecto. En primer lugar, las personas participantes manifestaron sentirse más preparados para enfrentar las secuelas emocionales y cognitivas de su condición, lo que coincide con antecedentes de investigaciones como las de Salazar et al. (2016), Gandolfi et al. (2021) Wolters et al., (2015) y Boosman et al., (2015), quienes argumentan que los programas de rehabilitación neuropsicológica favorecen significativamente la comprensión de la enfermedad y el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Así, al comparar los resultados con propuestas previas, es evidente que los alcances logrados en este proyecto, aunque basados en la autopercepción, son consistentes con lo reportado en estudios como los de De los Reyes-Aragón et al. (2013), Guàrdia-Olmos et al. (2012) y Rojas-Reyes y Flórez-Flórez (2016), que subrayan la necesidad de atender desde una perspectiva integral en la rehabilitación de personas con DCA. A través de los talleres, los participantes no solo lograron una mayor comprensión de su condición, sino que también encontraron un espacio seguro para compartir sus vivencias y apoyarse mutuamente. Esto refuerza lo que propone dichos estudios: que el apoyo social y las intervenciones integrales son esenciales para mejorar el afrontamiento y promover una rehabilitación más efectiva (Salazar et al., 2016; Gandolfi et al., 2021; Kidd et al., 2016; y Wolters et al., 2015).

A esta altura, resulta claro que los talleres, proporcionaron información y herramientas psicoeducativas, también lograron crear un espacio de interacción y reflexión que promovieron

la autoconciencia y el empoderamiento de los participantes con respecto a su condición de salud. Este tipo de intervención psicoeducativa, como lo señalan Quesada (2015) y Ortiz (2014), busca facilitar la integración de las experiencias personales con el aprendizaje emocional. Los participantes en este proyecto manifestaron haber experimentado un mayor sentido de control sobre su proceso de rehabilitación y una mejora en su capacidad para manejar el estrés y la frustración, aspectos clave en el manejo y ajuste ante las secuelas del DCA. Este hallazgo se alinea con investigaciones previas que subrayan la importancia del apoyo emocional y del empoderamiento en la rehabilitación (Quiroz, 2014; Horton et al., 2017; y Amati et al., 2019).

La efectividad del presente protocolo psicoeducativo está intrínsecamente ligada a los esfuerzos realizados a nivel nacional, en especial a los impulsados por la Dra. Mónica Salazar Villanea y el equipo de investigación del IIP de la UCR. A través del proyecto C1326, "Narrativas sobre el Daño Cerebral Adquirido (DCA): visibilización y resignificación", se ha avanzado significativamente en el desarrollo de intervenciones enfocadas en la rehabilitación integral de personas con DCA. Las investigaciones previas de este equipo han demostrado la relevancia de la Psicología en el proceso de salud-atención-enfermedad, subrayando la necesidad de un enfoque integral que permita a las personas con DCA comprender, manejar y resignificar su condición (Salazar et al., 2016; Ortiz, 2014; y Quesada, 2015). Este proyecto sirvió como base teórica y metodológica sobre la cual se desarrolló el presente protocolo, que se beneficia del respaldo científico y efectividad comprobada en de dichas intervenciones.

El presente protocolo, además, ha logrado ampliar el alcance de estos esfuerzos previos al adaptar los materiales psicoeducativos para su implementación en PRIRECRA. Este ajuste ha permitido llevar las intervenciones a una nueva población, asegurando que las herramientas sean accesibles y efectivas para quienes participan en el programa de rehabilitación. Aunque, la producción bibliográfica sobre la intervención psicológica en el contexto hospitalario y de rehabilitación en Costa Rica continúa siendo limitada, los esfuerzos continuos han sido clave para consolidar la inserción de la Psicología de la Salud en estos entornos (Salazar et al., 2016; Ortega, 2013; Ortiz, 2014; y Quesada, 2015). De esta manera, el presente protocolo no solo refuerza y se nutre de los logros previos, sino que también amplía y consolida la intervención psicoeducativa en un nuevo contexto, respondiendo a las necesidades actuales de esta población.

De ese modo, los resultados obtenidos del presente proceso subrayan la relevancia de una inserción desde la Psicología de la Salud – en específico desde la Neuropsicología – a partir de una perspectiva del modelo biopsicosocial en la rehabilitación de personas con DCA. En la experiencia vivida en el proyecto, fue posible reconocer que la inserción desde dicho enfoque

dentro del programa permitió facilitar el acceso a recursos informativos y prácticos para el abordaje de las secuelas, fortaleciendo así la capacidad para enfrentar los desafíos diarios asociados con el DCA (Ortiz, 2014).

Por lo tanto, el material psicoeducativo utilizado en este proyecto cumplió con su función como técnica de inserción en la rehabilitación. En el contexto de la salud, este material se demostró como una herramienta esencial para facilitar la comprensión de la condición de salud y su tratamiento, contribuyendo a la participación activa de los participantes en su proceso de rehabilitación. Además, promovió el desarrollo de la consciencia sobre la enfermedad y facilitó la adquisición de estrategias de afrontamiento ante las secuelas del DCA, alineándose así con lo descrito por Lukens y McFarlane (2004).

Además, en el proyecto fue posible identificar que la implementación de los grupos psicoeducativos, basados en el modelo de Grupo Psicoeducativo Estructural de Fawzy y Fawzy (2011), es una herramienta eficaz para fomentar la adquisición de la conciencia de enfermedad. Ya se ha dicho, en adición, que la conciencia de enfermedad es fundamental para las personas con DCA; y, en el caso del presente proyecto, fue plausible el papel crucial que cumple en el proceso de rehabilitación (Ownsworth et al., 2007).

Gracias al presente proyecto, los participantes lograron identificar y 'dar nombre' a las secuelas del DCA, lo que además les facilitó conversar sobre temas como el estrés, la frustración y la confianza en sus propias capacidades. Por lo tanto, en los grupos psicoeducativos se experimentó como la educación para la salud y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, promovieron el apoyo social entre los mismos participantes durante las actividades de los talleres, ampliando así sus redes de apoyo, los factores clave de la rehabilitación y adherencia al tratamiento (Lukens y McFarlane, 2004 y Brown, 2018).

En la ejecución del protocolo, se alcanzó a reflejar la importancia de la participación activa en el proceso de rehabilitación. Se percibió, en sus comentarios y en su participación durante las actividades de los talleres, un empoderamiento por parte de las personas participantes en lo que respecta a asumir un rol activo en su proceso, de modo que se les observó asumiendo diálogos acerca de sus secuelas, vivencias, estrategias de afrontamiento y, sobre todo, reforzamientos positivos por parte del grupo de apoyo entre ellos mismos (Brown, 2018; Lukens y McFarlane, 2004; y Ownsworth y Clare, 2006).

Según lo que se ha trazado hasta el momento, los resultados dan evidencia de que la autopercepción de las personas participantes fue enriquecedora, lo cual representa un logro significativo en términos de los objetivos planteados. En síntesis, los hallazgos reflejan que las personas participantes reportaron una comprensión más integral de las secuelas del DCA,

identificando y abordando los desafíos emocionales, cognitivos y conductuales. Los talleres facilitaron el intercambio de experiencias y la reflexión sobre el estrés, la frustración y la confianza, promoviendo el empoderamiento personal y el apoyo mutuo.

Por lo tanto, los hallazgos obtenidos rectifican la pertinencia de la psicoeducación como componente esencial en la rehabilitación de personas con DCA, desde un abordaje de la Psicología de la Salud y la Neuropsicología. Si bien no se buscaba validar de manera exhaustiva la teoría en este proyecto de graduación, los resultados muestran cómo la metodología fomenta la consciencia de enfermedad, al mismo tiempo que contribuye a fortalecer las redes de apoyo, la participación activa y la adquisición de herramientas de afrontamiento ante las secuelas.

Ahora bien, el presente proyecto de TFG ha ofrecido una solución efectiva a la necesidad planteada por PRIRECRA en cuanto al abordaje integral del DCA. A través de la implementación de talleres y materiales psicoeducativos adaptados, se logró satisfacer las demandas identificadas en la población que acude a PRIRECRA, permitiendo a los participantes mejorar su comprensión de la condición y desarrollar estrategias para enfrentar los desafíos emocionales, cognitivos y conductuales asociados al DCA. Este aporte, según la autopercepción de los participantes, ha fortalecido el proceso de rehabilitación de los pacientes en PRIRECRA, promoviendo un ajuste emocional y social más adecuado en su proceso de rehabilitación.

Sumado a lo anterior, este proyecto no solo impacta directamente a PRIRECRA, sino que también ha generado un beneficio significativo para la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional. Al ofrecer una intervención psicoeducativa basada en evidencia y ajustada a las necesidades específicas de las personas con DCA, se ha contribuido a fortalecer el vínculo entre la academia y la comunidad, mostrando cómo la formación académica y el servicio social pueden unirse para dar respuestas concretas a problemáticas que pueden surgir en el proceso de salud-atención-enfermedad. Este proyecto, a nivel de país se suma a la lista de referentes bibliográficos nacionales, demostrando el potencial de la Psicología para integrarse en programas de rehabilitación, resaltando la importancia de una mirada interdisciplinaria que aborde tanto los aspectos físicos como los emocionales y cognitivos de la rehabilitación.

Además, la propuesta se establece como un modelo replicable para futuras intervenciones y estudios en el campo de la Psicología de la Salud en Costa Rica. La metodología y los materiales desarrollados a lo largo del proyecto pueden ser implementados en otros contextos similares, permitiendo que más personas con DCA, tanto en PRIRECRA como en otros centros de rehabilitación, se beneficien de este enfoque integral. Al hacerlo, se visibiliza la importancia del apoyo psicológico en los procesos de rehabilitación, una necesidad que, hasta ahora, ha sido insuficientemente atendida en el país. Este proyecto también abre la puerta para

futuras investigaciones, aportando un marco teórico y metodológico que puede ser ampliado y adaptado en otros contextos de salud, tanto a nivel académico como profesional, contribuyendo al desarrollo de políticas públicas más inclusivas y que prioricen al proceso salud-atención-enfermedad en personas con DCA en Costa Rica.

CAPÍTULO VI. CONSIDERACIONES FINALES

CONCLUSIONES

El desarrollo de la presente propuesta de acompañamiento psicoeducativo en el contexto de trabajo final de graduación permitió una inserción en los ámbitos de planificación, ejecución y evaluación del protocolo dirigido a personas con DCA. De modo que, se emplearon las habilidades teóricas y prácticas adquiridas a lo largo de la formación profesional y, simultáneamente, se rescató la necesidad de la capacidad de adaptación tanto a nivel interno de la coordinación como de circunstancias externas al proyecto, a fin de asegurar una colaboración y aprendizaje en conjunto entre la población beneficiaria y el equipo facilitador.

No obstante, es también fundamental continuar abogando por una formación que responda de manera integral a las necesidades del ser humano desde la Psicología. Una necesidad identificada desde la elaboración de la propuesta de anteproyecto fue la capacitación en Psicología de la Salud y Neuropsicología, dado el creciente número de casos de DCA que satura actualmente al sistema de salud costarricense y la complejidad que conlleva el tratamiento y apoyo a esta población. Se propone fomentar la capacitación en dichos temas en la malla curricular ofertada por la Escuela de Psicología, asegurando una preparación integral y basada en la evidencia.

Además, la investigación previa permitió fundamentar teóricamente las inserciones realizadas y validar los materiales psicoeducativos elaborados, ya que el desarrollo del protocolo requirió de una revisión exhaustiva de la literatura existente y una constante adaptación de contenidos para que estos fueran comprensibles y significativos por parte de los pacientes. De modo que, fue posible garantizar que los materiales cumplieran con el objetivo de facilitar el aprendizaje sobre el abordaje de las secuelas asociadas al DCA. Como resultado, se obtuvo un alto nivel de satisfacción por parte de las personas participantes, manifestada como una mejora en su comprensión y abordaje del DCA. Ello reafirma la importancia de los programas de acompañamiento psicoeducativo como apoyo para la adherencia al proceso de rehabilitación.

En ese sentido, es valioso destacar que el presente proyecto se benefició de integrarse en el marco global del proyecto C1326 'Narrativas sobre el Daño Cerebral Adquirido (DCA): visibilización y resignificación' de la UCR, que facilitó el acceso a materiales psicoeducativos previamente validados en cuanto a su aporte a la población. Por consiguiente, se logró formular una metodología que puede ser utilizada tanto por estudiantes avanzados como por profesionales en Psicología; ya que, gracias a su flexibilidad, se adapta a diferentes contextos y necesidades, ofreciendo un modelo replicable para PRIRECRA u otras instituciones similares. El

presente TFG significa un aporte en la producción de bibliografía a nivel nacional en cuanto a un modelo de atención del DCA, al desarrollar un protocolo que se ajusta a los recursos limitados del sistema de salud.

Al inicio de la formulación de la propuesta se planteaba trabajar con personas que recién estaban comenzando su proceso de rehabilitación; pero fue preciso adaptarse a la contextualización de pacientes que ya poseían experiencia en el abordaje de las secuelas, dadas las necesidades emocionales y psicológicas planteadas tanto por PRIRECRA como la población beneficiaria. Por ende, gracias a la participación en los grupos, se cumplió el objetivo de la metodología empleada: facilitar la colaboración en el aprendizaje y la construcción del conocimiento entre los participantes y el equipo coordinador; acompañado por la supervisión de la persona tutora.

Los temas tratados a lo largo de los talleres permitieron el desarrollo de un espacio óptimo para compartir experiencias y dialogar acerca de los recursos intrapersonales e interpersonales con los que se cuentan —o se han contado— para el afrontamiento y abordaje de las secuelas asociadas al DCA. Además, aunque ya se han adaptado de alguna manera a sus condiciones de vida, dado el transcurso del tiempo desde que ocurrió el evento, se observó que la totalidad de los pacientes manifestaron sentir todavía preocupación ante la incertidumbre de su condición, ya que no siempre se encuentran en sus capacidades de gestionar las secuelas asociadas al DCA y/o ser conscientes de dichos cambios.

Particularmente, cabe apuntar que se conversó sobre la percepción del apoyo recibido, y la necesidad que presenta esta población en cuanto a la comprensión y empatía sobre su condición de salud. ¿Por qué? Porque si bien en su mayoría contaron con el apoyo principalmente de sus familias, en su totalidad manifestaron sentir algún tipo de aislamiento y soledad debido a los cambios vividos en sus rutinas y estilos de vida; por ejemplo: grupos de amistades que se alejaron, ser excluidos de sus lugares de trabajo o no contar con la validación de un equipo profesional de salud en cuanto a lo que les estaba sucediendo.

De ahí que, mediante la retroalimentación de las personas participantes, se concluye en la relevancia del proyecto y el aporte de la Psicología para la población con DCA. A pesar de que pueden ser temáticas ya conocidas por la población, se manifestó la importancia de contar con espacios que permitan compartir con otras personas que han experimentado vivencias similares en cuanto a la condición de salud y, por supuesto, derribar mitos en torno al tema.

De igual manera, es indispensable contar con profesionales que asuman el rol de guía en la promoción de la consciencia de enfermedad para identificar las secuelas y la adquisición de herramientas y estrategias para su ajuste. Simultáneamente, aunque no era un objetivo directo,

se descubrió que incluir a las personas cercanas en el proceso, facilita la comprensión y apoyo respecto a los cambios que han experimentado, tanto el paciente como quienes le acompañan en su rehabilitación.

En cuanto a la factibilidad de replicar el protocolo, se determinó que el taller es fácilmente aplicable debido a la simplicidad de los materiales requeridos, como presentaciones, ejercicios de meditación, y materiales para las actividades (cartones de bingo, gafetes y cartulinas utilizadas para identificar las secuelas y estrategias). La población se mostró interesada en los temas desarrollados y consideraron indispensable contar con espacios donde puedan expresarse y sentirse apoyados en la diversidad de sus experiencias. Al mismo tiempo, por la manera en que se han planteado los talleres, resultó posible transmitir la información de manera accesible para la población, lo cual fue comprobado mediante las evaluaciones de los participantes.

En última instancia, este proyecto demostró que los recursos adaptados y bien diseñados pueden resultar en una incidencia positiva en la comprensión de la condición de salud y el abordaje de sus secuelas. De esa manera, fue posible influir positivamente —en conjunto con otros factores determinantes del proceso— en la adherencia al tratamiento y la consecuente mejora en la calidad de vida de los pacientes. Por consiguiente, aparte de brindar la información, es preciso promover el aprendizaje de herramientas prácticas y significativas para la población. Esto, siempre que se tome en cuenta que, se logra la grupalidad y un sentido de comunidad, cuando se involucra a todos los participantes en el proceso de desarrollo de los materiales y adaptación de las técnicas utilizadas para insertarse en dicho contexto desde la Psicología.

En conclusión, este proyecto tiene un potencial significativo para los próximos años, especialmente si se continúa con la revisión, actualización y mejora constante de los materiales y talleres. A medida que se recopilen más datos, será posible perfeccionar las inserciones para garantizar su efectividad y relevancia. Por ello, apoyar la continuidad del proyecto mediante una alianza entre la Escuela de Psicología y PRIRECRA es fundamental para promover un espacio de aprendizaje, apoyo y mejora continua para las personas participantes y el equipo facilitador del protocolo. En este sentido, se reafirma la pertinencia y necesidad de la inserción de la Psicología en el contexto de la neurorrehabilitación. Es preciso contar con una formación que comprenda las diversas manifestaciones de las secuelas y pueda atender a las necesidades psicológicas que surgen a raíz del evento y los cambios vividos por la población con DCA.

LIMITACIONES Y FACTORES OBSTACULIZADORES DEL PROCESO

Durante la elaboración del presente proyecto de graduación, se enfrentaron varios obstáculos significativos que afectaron el progreso esperado. Cabe mencionar que este avance deseado se basó en expectativas sobre el desarrollo de un TFG desde la perspectiva inicial y desconocedora de parte de las sustentantes de lo que implica llevar a cabo un proyecto de graduación. Por lo tanto, en el contexto específico de este proyecto se encontraron imprevistos, los cuales fueron característicos del proceso de aprendizaje y de la elaboración del TFG, ya que fueron necesarios para optimizar el acercamiento, la elaboración y la ejecución.

Considerando lo anterior, desde el inicio del TFG se presentaron obstáculos propios de la profundización en el contexto del DCA, ya fuera en el conocimiento teórico o en su aplicación práctica. Por esa razón, las sustentantes dedicaron tiempo a comprender el DCA por medio de cursos, recopilaciones literarias y, sobre todo, la guía y supervisión de la Dra. Mónica Salazar Villanea, tutora del presente proyecto. De modo que, posterior a comprender teóricamente las implicaciones del DCA, comenzó el proceso de desarrollar y adaptar el contenido en cuanto al diseño de los talleres y a la elaboración del material psicoeducativo.

Dicho proceso de adaptación presentó desafíos y se caracterizó por un extenso período de prueba y error; y, como resultado, las sustentantes optaron por un continuo refinamiento del protocolo para garantizar que la información fuera adecuada y accesible para las personas participantes. Lo anterior ayudó a mejorar el modo en el que se abordarían y explicarían la información en los talleres, ya que se simplificó la información al evitar el uso de un lenguaje técnico complejo; se optó, en su lugar, por ejemplos y analogías que facilitarían la comprensión del contenido de los talleres.

Por lo tanto, se aseguró que los talleres incluyeran actividades adecuadas para facilitar un mejor acercamiento a los participantes y que cada taller mantuviera una secuencia coherente entre sí. Además, se hizo énfasis en una producción visual y audiovisual adaptada que, asegurara textos claros y comprensibles, tipografía de tamaño apropiado, colores llamativos e imágenes pertinentes para facilitar la transmisión de la información.

Este esfuerzo de perfeccionamiento les facilitó a las sustentantes prepararse y familiarizarse con el contexto del DCA y asegurar que los participantes recibieran la información de manera efectiva. El logro de estos objetivos fue posible gracias a una revisión y supervisión constante, lo cual dio oportunidad de ajustar y mejorar continuamente los materiales para satisfacer las necesidades específicas de la población. Y aunque este proceso conllevó más tiempo de lo esperado según lo descrito en el cronograma, favoreció la preparación por parte de

las sustentantes para desenvolverse en los talleres con facilidad y en armonía con lo aprendido durante el proceso.

Adicionalmente, hubo algunos obstáculos de índole personal y circunstancial. Por un lado, en la preparación para iniciar los talleres psicoeducativos, varias personas participantes presentaron un cuadro gripal, lo que obligó a aplazar las fechas de inicio. Este imprevisto causó un retraso considerable en la planificación inicial. Por otra parte, se ha enfrentado una serie de desafíos personales que han afectado significativamente la capacidad para completar el trabajo dentro del plazo objetivo del proyecto. Estas circunstancias demandaron una considerable cantidad de tiempo y energía, dificultando el progreso en el proyecto.

APRENDIZAJES SOBRE EL PROCESO PARA EL FUTURO PROFESIONAL DE LAS SUSTENTANTES

A lo largo del proceso de desarrollo y ejecución del proyecto, se han adquirido diversos aprendizajes significativos para ambas sustentantes. Como ya se mencionó, uno de los principales fue la inmersión teórica y práctica en el contexto del DCA, lo cual permitió conocer muchísimo mejor la complejidad de las secuelas asociadas, así como la manera más adecuada de abordar dichas secuelas desde una perspectiva psicoeducativa y neuropsicológica. Además, este proceso facilitó el desarrollo de habilidades prácticas en la ejecución de los talleres, como: la resolución de problemas en tiempo real, la adaptación de la metodología según las necesidades emergentes del grupo, y la capacidad para ajustar los contenidos con el fin de maximizar el posicionamiento de estos y su comprensión por parte de las personas participantes.

Al profundizar en este último aspecto, se adquirió amplio conocimiento en la flexibilidad y adaptación del contenido, ya que, ante la necesidad de simplificar la información técnica, se aplicaron habilidades prácticas para no perder la esencia informativa y así priorizar una experiencia de aprendizaje valiosa y accesible. Como se indicó previamente, la adaptabilidad fue un desafío que se superó con éxito, permitiendo una mejor comprensión y participación por parte de las personas participantes del proyecto. Actualmente, las sustentantes cuentan con la destreza de descomponer y simplificar información técnica referida al tema abordado, a fin de hacerla más accesible y comprensible, tanto en los materiales psicoeducativos como en los talleres. En estos últimos, se destacó la forma de explicar el contenido por medio de ejemplos y analogías.

Además, este aprendizaje también puso de relieve la necesidad de asumir una actitud receptiva a la retroalimentación constante, permitiendo que los comentarios y las observaciones de las personas participantes guiaran las mejoras continuas en la ejecución de los talleres. Por

lo tanto, para las sustentantes fue fundamental mantener siempre una escucha activa para ir corrigiendo sobre la marcha y ajustar las estrategias según las necesidades. Asimismo, las sustentantes fueron aún más conscientes de que el proceso de aprendizaje es bidireccional, subrayando que también aprender de las personas participantes es parte fundamental de la dinámica de los talleres en este caso. No se trata de imponer el conocimiento, sino de reconocer que los pacientes y sus allegados cuentan con un entendimiento profundo sobre el DCA, que complementa y enriquece el conocimiento de las sustentantes.

Finalmente, el aprendizaje sobre la gestión de imprevistos y la importancia de tener un plan de contingencia se volvió evidente: el éxito de un proyecto no depende únicamente de su planificación inicial, sino de la capacidad de adaptarse y responder a las circunstancias que surgen en el camino.

RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS A FUTURO

Las recomendaciones que se presentan, a continuación, están basadas en los hallazgos obtenidos a lo largo de la experiencia de desarrollar y ejecutar el presente protocolo. Están dirigidas a PRIRECRA, la Escuela de Psicología de la UNA y a futuras personas estudiantes interesadas en la iniciativa. Su finalidad es facilitar sugerencias que podrían mejorar, en el futuro, la implementación y continuidad del proyecto.

Para PRIRECRA, institución con la que se realizó el proyecto

- Continuar siendo accesibles a nuevas personas estudiantes de la carrera de Psicología que deseen aplicar los talleres del presente protocolo como parte de su Práctica Profesional Supervisada, de modo que se les brinden condiciones similares en cuanto a espacio, recursos y oportunidades, gracias a las cuales las sustentantes desarrollaron adecuadamente el TFG.
- Guiar a las personas estudiantes de Práctica Profesional Supervisada, de modo que tengan acceso a reuniones constantes por parte del proyecto y así procurar que la experiencia de aprendizaje sea provechosa para ambas partes.
- Mostrar apertura ante nuevas propuestas por parte de la población estudiantil que sea partícipe del protocolo, ya que ello permitiría conformar un ambiente de aprendizaje más colaborativo.
- Resguardar el material psicoeducativo elaborado para la ejecución de los talleres (gafetes, carteles y fichas de bingo), los cuales son recursos fundamentales para llevar a cabo las actividades. Por lo tanto, se recomienda guardarlos en un lugar adecuado hasta que vuelvan a ser utilizados.

- Velar por la accesibilidad al material psicoeducativo elaborado para que las personas pacientes y sus allegados puedan disponer de información relevante y herramientas prácticas para el proceso de rehabilitación. En este caso, se hace referencia al manual, al panfleto y a la página web, por lo que se insta no solo al cuidado apropiado de estos materiales, sino a la actualización y difusión continua, asegurando que se mantenga latente la injerencia de dicho material ante la llegada de nuevos participantes.
- Permanecer receptivos a nuevas posibilidades académicas por parte de las personas estudiantes de la Escuela de Psicología que, en la realización de sus TFG, en sus distintas modalidades, de manera que opten por abordar alguna necesidad de PRIRECRA, siempre con el fin de enriquecer el trabajo que se realiza en dicho proyecto.
- Fomentar la colaboración interdisciplinaria por medio de iniciativas como la lograda en el presente TFG, que pueda fortalecer la colaboración con profesionales de distintas disciplinas y se aporte a la rehabilitación integral de las personas participantes de PRIRECRA.

Al implementar dichas recomendaciones, se ayudará a PRIRECRA a cumplir con su objetivo de brindar un abordaje integral para la rehabilitación de las personas que asisten a PRIRECRA. De modo tal que, debe dirigirse a las necesidades tanto de los pacientes como a sus redes de apoyo.

Para la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Costa Rica

- Informar a la población estudiantil que se encuentra cursando la Práctica Profesional Supervisada, acerca de la oportunidad de realizar sus trabajos en colaboración con el protocolo presente. Así, las personas estudiantes tendrán la posibilidad de participar en una experiencia profesional que facilite el desarrollo de competencias laborales y la adquisición de conocimientos aplicados en situaciones reales en la rehabilitación de personas con DCA.
- Procurar que el profesorado a cargo de los cursos de Práctica Profesional Supervisada resguarde los manuales guía para implementación del protocolo, de forma tal que se puedan seguir utilizando de una generación a otra.
- Poner al alcance de la población estudiantil la conexión entre la Escuela y PRIRECRA, para que así sea posible futuras colaboraciones, en las que se generen TFG y, al mismo tiempo, se aborden las demandas que pueden surgir en el contexto de rehabilitación con personas con DCA.
- Fortalecer los contenidos curriculares relacionados con la Neuropsicología en la carrera de Psicología. Más allá del curso introductorio de Fisiología, se recomienda hacer

obligatorio el curso de Bases Biológicas de la Conducta y ofrecer cursos adicionales especializados en Neuropsicología. Este enfoque no solo responde al creciente interés profesional en este campo, respaldado por evidencia científica, sino que también prepara a los/as estudiantes de manera más completa e integral. Con ello, se evitaría que aquellos que realicen TFG en esta área deban aprender de manera autodidacta, sin el apoyo académico necesario, y se garantizaría una formación sólida desde etapas tempranas de la carrera.

Poner en práctica las sugerencias anteriores significaría abrir oportunidades de participar en espacios de rehabilitación poco habituales en la Escuela de Psicología. Por lo tanto, se insta a tomar en cuenta las consideraciones mencionadas, en aras de fortalecer y mejorar la formación académica.

Para las futuras personas estudiantes interesadas en ejecutar la propuesta del presente proyecto

- Familiarizarse con el contexto del DCA es fundamental antes de poner en práctica el presente proyecto. Por consiguiente, se les recomienda a los estudiantes tomar en consideración el manual guía para implementación del protocolo, el cual contiene información fundamental para comprender más a fondo el DCA, sus secuelas y herramientas.
- Profundizar más allá del conocimiento del manual proporcionado acerca de la Neuropsicología, ya que no solo beneficiará la comprensión de las necesidades de la población con DCA, sino que también aportará un valor significativo al desarrollo de intervenciones efectivas dentro del proyecto.
- Mantener una actitud abierta y receptiva a la retroalimentación constante por parte de PRIRECRA y las personas pacientes. Principalmente, las observaciones y los comentarios de las personas participantes durante los talleres son valiosos para realizar mejoras continuas en la ejecución de dichas dinámicas colectivas.
- Cuidar los materiales destinados a la ejecución de los talleres (gafetes, carteles y fichas de bingo) para que así puedan ser utilizados por un nuevo grupo de estudiantes.
- Contribuir al desarrollo de nuevos TFG en el ámbito de la rehabilitación con personas con DCA, toda vez que puedan aportar sus ideas y sugerencias para la mejora continua de la rehabilitación en PRIRECRA, manteniendo un enfoque innovador y crítico que permita ampliar y enriquecer los objetivos y resultados alcanzados hasta el momento.
- Adaptar la información técnica a un lenguaje claro y comprensible es una habilidad que permite comunicar de manera más accesible aquellos conceptos complejos. Lo anterior

beneficia de manera exclusiva a la población en cuestión en su proceso de rehabilitación y también a la persona estudiante, para desenvolverse con mayor experiencia en su futuro profesional.

Las recomendaciones previas son una guía para las futuras personas estudiantes en su participación en este proyecto, asegurando una experiencia educativa enriquecedora y una contribución significativa tanto en la formación profesional como a las personas con DCA que serán partícipes de este proceso.

En conclusión, durante la realización de este proyecto y en el cumplimiento de sus objetivos generales y específicos, no solo se alcanzaron los resultados previstos, sino que también se adquirieron aprendizajes adicionales que van más allá de la estructura inicial. Estos nuevos conocimientos contribuyeron a mejorar el desarrollo del proyecto y a contemplar un panorama a futuro. El presente proyecto puede seguir siendo relevante en el proceso de rehabilitación de las personas que asisten a PRIRECRA. Por lo tanto, se detallan de seguido los puntos a considerar para garantizar la continuidad del proyecto:

- Mantener una vinculación entre la Escuela de Psicología de la UNA con PRIRECRA, de modo que sea posible que las personas estudiantes avanzadas de la carrera puedan ser partícipes del proyecto y adquirir, en el proceso nuevos conocimientos. Esto último, en particular, debido a la carencia de oportunidades para el estudiantado de poder desenvolverse en este contexto.
- Posibilitarles a las personas estudiantes avanzadas en la carrera de Psicología la información necesaria para llevar a cabo los talleres producto de este proyecto, de manera que así puedan replicarlos y estos puedan seguir siendo parte del proceso de las personas con DCA que asisten a PRIRECRA y de sus allegados. Esto sería factible por medio de una educación detallada del DCA para las personas estudiantes, con la guía producto del presente proyecto. Además, las sustentantes se comprometen a mantener una comunicación abierta con la población estudiantil, de modo que se les acompañe en este proceso.
- Incentivar a la población estudiantil a ser parte del proyecto por medio de los talleres en los cursos de Práctica Profesional Supervisada y del proceso de Trabajo de Graduación, ya que existen múltiples espacios en PRIRECRA que aún pueden beneficiarse de la Psicología. Por ejemplo, este proyecto ha hecho lo posible por no dejar de lado a la población acompañante de las personas pacientes; pero existe la posibilidad de continuar atendiendo a dicha población. Así pues, la población estudiantil tendría la posibilidad de enriquecer la experiencia de aprendizaje y contribuir al desarrollo continuo

del mismo proyecto. Esto no solo fortalecería el conocimiento teórico y práctico de los estudiantes, sino que también ampliará los beneficios y el alcance del proyecto en provecho de las personas con DCA y sus redes de apoyo.

- Mejorar y perfeccionar el proyecto a través de la participación estudiantil permitirá seguir optimizando la calidad y efectividad de las intervenciones psicoeducativas. Esto mantendrá abierta la posibilidad de ajustar continuamente las intervenciones psicoeducativas, ya que los estudiantes podrán identificar nuevas necesidades y expectativas de los participantes.
- Dar continuidad al uso del material reutilizable creado específicamente para cada taller, como los gafetes, la figura humana, el árbol, las columnas comparativas, así como los panfletos, manuales y la página web, garantizará que estos recursos permanezcan disponibles y accesibles tanto para PRIRECRA como para futuros estudiantes que sean parte del proyecto. Esto facilitará la replicación y adaptación de los talleres en contextos similares y asegurará la sostenibilidad del proyecto a largo plazo.

REFERENCIAS

- Amati, M.; Grignoli, N.; Rubinelli, S.; Amann, J. y Zanini, C. (2019). The role of hope for health professionals in rehabilitation: A qualitative study on unfavorable prognosis communication [El papel de la esperanza para los profesionales de la salud en la rehabilitación: un estudio cualitativo sobre la comunicación del pronóstico desfavorable]. *PLoS ONE*, 14 (10), pp. 1-16. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0224394>
- Amoroso, N. (2016). *Psychoeducation program for individuals and caregivers with traumatic brain injuries: A grant proposal* (Tesis de Maestría, California State University). ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/openview/8921a7e5f3d32bc39335b5d76f911e98/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Arce, S. (2020). *Creencias en salud que inciden en la adherencia terapéutica de cuatro pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) del Hospital San Vicente de Paúl, 2019-2020* (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Costa Rica). Repositorio Académico Institucional de la Universidad Nacional de Costa Rica. <https://repositorio.una.ac.cr/handle/11056/21350>
- Bolton, D. y Gillet, G. (2019). *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments* [El Modelo Biopsicosocial de salud y enfermedad: Nuevos desarrollos filosóficos y científicos]. Palgrave Pivot Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-11899-0>
- Boosman, H.; Winkens, I.; van Heugten, C.; Rasquin, S.; Heijnen, V. y Visser-Meily, J. (2015). Predictors of health-related quality of life and participation after brain injury rehabilitation: The role of neuropsychological factors [Predictores de la calidad de vida relacionada con la salud y la participación después de la rehabilitación de una lesión cerebral: el papel de los factores neuropsicológicos]. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(4), pp. 581-598. <https://doi.org/10.1080/09602011.2015.1113996>
- Brown, N. (2004). *Psychoeducational Groups. Process and Practice* (2ª ed.). [Grupos psicoeducativos. Proceso y Práctica (2ª ed.)]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203507056>
- Brown, N. (2018). *Psychoeducational Groups. Process and Practice* (4th ed.) [Grupos psicoeducativos. Proceso y Práctica (4ª ed.)]. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315169590>

- Calpa, A.; Santacruz, G.; Álvarez, M.; Zambrano, C.; Hernández, E. y Matabanchoy, S. (2019). Promoción de Estilos de Vida Saludables: Estrategias y Escenarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(2), pp. 139-155. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.11>
- Caplain, S.; Chenuc, G.; Blanco, S.; Marque, S. y Aghakhani, N. (2019). Efficacy of Psychoeducation and Cognitive Rehabilitation After Mild Traumatic Brain Injury for Preventing Post-concussional Syndrome in Individuals With High Risk of Poor Prognosis: A Randomized Clinical Trial [Eficacia de la psicoeducación y la rehabilitación cognitiva después de un traumatismo craneoencefálico leve para prevenir el síndrome posconmocional en personas con alto riesgo de mal pronóstico: un ensayo clínico aleatorizado]. *Front. Neurol.*, 10, pp. 1-10. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00929>
- Champion, A. (2006). *Neuropsychological Rehabilitation: A Resource for Group-Based Education and Intervention* [Rehabilitación Neuropsicológica: Un recurso para la educación e intervención basada en grupo]. Wiley.
- Cortés, A.; Olivares, M. y Barcia, J. (2011). Aspectos Neuropsicológicos en Pacientes Diagnosticados de Tumores Cerebral. *Clínica y Salud*, 22(2), pp. 139-155. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2011v22n2a4>
- D'Amato, R.; Witsken, D. y Hartlage, L. (2008). Understanding the Past, Present, and Future of Clinical Neuropsychology [Comprender el pasado, presente y futuro de la neuropsicología clínica]. En A, D'Amato y Hartlage (Eds). *Essentials of Neuropsychological Assessment Treatment Planning for Rehabilitation* [Elementos básicos de la evaluación neuropsicológica Planificación del tratamiento para la rehabilitación] (pp. 3-18). Springer.
- De los Reyes-Aragón, C.; Rodríguez, M.; Sánchez, A. y Gutiérrez, K. (2013). Utilidad de un programa de rehabilitación neuropsicológica de la memoria en daño cerebral adquirido. *Liberabit Revista de Psicología*, 19(2), pp. 181-194. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272013000200004&script=sci_arttext&lng=en
- Donnelly, K.; Goldberg, S. y Fournier, D. (2019). A qualitative study of LoveYourBrain Yoga: a group-based yoga with psychoeducation intervention to facilitate community integration for people with traumatic brain injury and their caregivers [Un estudio cualitativo sobre LoveYourBrain Yoga: Yoga grupal en conjunto con una intervención psicoeducativa para facilitar la integración comunitaria de personas con lesión cerebral traumática y sus cuidadores]. *Disability and Rehabilitation*, 42(17), pp. 1-10. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1563638>

- Farkas, C.; Hernández, B. y Santelices, M. (2010). Análisis de momentos de cambio en el proceso terapéutico adelantado bajo la modalidad de un taller grupal psicoeducativo con embarazadas primigestantes. *Universitas Psychologica*, 9 (2), pp. 409 – 422. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a09.pdf>
- Fawzy, F. y Fawzy, N. (2011). A Short Term, Structured, Psychoeducational Intervention for Newly Diagnosed Cancer Patients [Una intervención psicoeducativa estructurada a corto plazo para pacientes con cáncer recién diagnosticado]. En M. Watson y D. Kissane (Eds.), *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* [Manual de psicoterapia en la atención del cáncer] (pp. 119-135) John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470975176>
- FEDACE. (2013). *Cuaderno FEDACE: Diseño de talleres para el desarrollo personal y la inclusión de las personas con DCA*. Federación Española de Daño Cerebral. <https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2016-10/17-19-31-28.admin.15 DCA Dise Atilde plusmno de Talleres.pdf>
- FEDACE. (2020). *La realidad del daño cerebral: Situación y necesidades de las personas con daño cerebral en España*. <https://fedace.org/files/MSCFEDACE/2021-2/4-10-25-55.admin.Estudio La realidad del Da ntildeo Cerebral.pdf>
- FEDACE. (2022). *El Daño Cerebral Adquirido en cifras*. https://fedace.org/cifras_dano_cerebral
- Friedman, H. (Ed.). (2011). *The Oxford Handbook of Health Psychology* [El Manual de Oxford de Psicología de la Salud]. Oxford University Press, Inc.
- Gabriel, A. y Violato, C. (2011). Psychoeducational methods for patients suffering from depression: The knowledge seeking instrument (KSI). *Journal of Affective Disorders*, 133(3), pp. 406-412. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.058>
- Gainotti, G. (1993). Emotional and psychosocial problems after brain injury [Problemas emocionales y psicosociales posterior a un daño cerebral]. *Neuropsychological Rehabilitation*, 3(3), pp. 259-277. <https://doi.org/10.1080/09602019308401440>
- Gandolfi, M.; Donisi, V.; Battista, S.; Picelli, A.; Valè, N.; Del Piccolo, L. y Smania, N. (2021). Health-Related Quality of Life and Psychological Features in Post-Stroke Patients with Chronic Pain: A Cross-Sectional Study in the Neuro-Rehabilitation Context of Care [Calidad de vida relacionada con la salud y características psicológicas en pacientes con dolor crónico después de un accidente cerebrovascular: un estudio transversal en el contexto de atención de neurorrehabilitación]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), pp. 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063089>

- González, B. (Ed.). (2012). *Daño cerebral adquirido: Evaluación, diagnóstico y rehabilitación*. Editorial Síntesis.
<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/81092014398f1ae2e70d41a9f7db8747.pdf>
- Guàrdia-Olmos, J.; Jarne Esparcia, A.; Urzua Morales, A. y Gudayol Ferré, E. (2012). Neuropsychological rehabilitation and quality of life in patients with cognitive impairments: A meta-analysis study in Spanish-speaking populations [Rehabilitación neuropsicológica y calidad de vida en pacientes con deficit cognitivo: una aproximación meta-analítica en población hispano hablante]. *NeuroRehabilitation*, 30(1), pp. 35-42.
<http://web.s.ebscohost.com/una/remotexs.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=6fd4c348-2f06-4f2c-967c-9834df5e6def%40redis>
- Horton, S.; Mares, K.; Coull, N. y Poland, F. (2017). On the character and production of 'active participation' in neuro-rehabilitation: an-Actor-Network perspective [Sobre el carácter y la producción de la 'participación activa' en la neurorehabilitación: una perspectiva Actor-Red]. *Sociology of Health & Illness*, 39(8), pp. 1529-1541. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12615>
- Ignacio, D. (2022). *Using Neuropsychology to Address Rehabilitation Disparities in the Successful Reintegration of Community-Dwelling Survivors of Traumatic Brain Injury* [Uso de la Neuropsicología para abordar las disparidades de rehabilitación para la reintegración exitosa de sobrevivientes de lesiones cerebrales traumáticas en su comunidad]. (Tesis de doctorado, Fielding Graduate University). ProQuest Central.
<https://www.proquest.com/docview/2656860222/fulltextPDF/FF7FB27C7EBB49CEPQ/1?accountid=37045>
- Kidd, T.; Poole, L.; Leigh, E.; Ronaldson, A.; Jahangiri, M. y Steptoe, A. (2016). Health-related personal control predicts depression symptoms and quality of life but not health behaviour following coronary artery bypass graft surgery [El autocontrol relacionado con la salud predice los síntomas de depresión y la calidad de vida, pero no el comportamiento de salud después de la cirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria]. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(1), pp. 120-127.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10865-015-9677-7>

- Kinsella, E.; Muldoon, O.; Fortune, D. y Haslam, C. (2018). Collective influences on individual functioning: Multiple group memberships, self-regulation, and depression after acquired brain injury [Influencias colectivas en el funcionamiento individual: Pertenencia a grupos, autorregulación y depresión después de un daño cerebral adquirido], *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(6), pp. 1059-1073.
<https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1546194>
- Kreutzer, J.; DeLuca, J. y Caplan, B. (Eds.). (2011). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* [Enciclopedia de Neuropsicología Clínica]. Springer New York.
<https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3>
- Ley 9234 de 2014. Ley Reguladora de Investigación Biomédica. 25 de abril de 2014. D.O. 79.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77070&nValor3=0&strTipM=TC
- Liu, Y.; Wei, M.; Guo, L.; Guo, Y.; Zhu, Y. y He, Y. (2021). Association between illness perception and health behaviour among stroke patients: The mediation effect of coping style [Asociación entre la percepción de la enfermedad y el comportamiento en cuanto a la salud entre pacientes con accidentes cerebrovasculares: el efecto de mediación del estilo de afrontamiento]. *Journal of Advanced Nursing*, 77(5), pp. 2307-2318.
<https://doi.org/10.1111/jan.14761>
- Lopera-Vásquez, J. (2018a). Barreras a la expresión del sufrimiento en personas con esclerosis múltiple de Medellín, Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2), pp. 104-117.
<https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.8>
- Lopera-Vásquez, J. (2018b). Falencias en la relación médico-paciente en la esclerosis múltiple. *Physis*, 28(3), pp. 1-20. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280315>
- López de Arróyabe, E. y Calvete, E. (2013). Daño cerebral adquirido: percepción del familiar de las secuelas y su malestar psicológico. *Clínica y Salud*, 24, pp. 27-35.
<http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a4>
- Lukens, E. y McFarlane, W. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy [La Psicoeducación como práctica basada en la evidencia: Consideraciones para la práctica, la investigación y la política]. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), pp. 205-225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- Lundqvist, A.; Linnros, H.; Orlenius, H. y Samuelsson, K. (2010). Improved self-awareness and coping strategies for patients with acquired brain injury—A group therapy programme. *Brain Injury*, 24 (6), pp. 823–832. <https://doi.org/10.3109/02699051003724986>

- Maroto, O. (2016). Evaluación de los aprendizajes en escenarios clínicos: ¿Qué evaluar y por qué? *Revista Educación*, 41(1), pp. 1-18. <http://dx.doi.org/10.15517/revedu.v41i1.19128>
- Medley, A.; Powell, T.; Worthington, A.; Chohan, G. y Jones, C. (2010). Brain injury beliefs, self-awareness, and coping: A preliminary cluster analytic study based within the self-regulatory model [Creencias, autoconciencia y estilos de afrontamiento en personas con lesiones cerebrales: un estudio analítico basado en el modelo de autorregulación]. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(6), pp. 899-921. <http://web.s.ebscohost.com.una.remotexs.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=a357a9dd-e5d3-4fba-89d9-5eca93cc8d8b%40redis>
- Medley, A. y Powell, T. (2010). Motivational Interviewing to promote self-awareness and engagement in rehabilitation following acquired brain injury: A conceptual review [Entrevista motivacional para promover la consciencia y la participación en la rehabilitación después de un daño cerebral adquirido: Una revisión conceptual]. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(4), pp. 481-508. <https://doi.org/10.1080/09602010903529610>
- Miracco, M.; Scappatura, M.; Traiber, L.; De Rosa, L.; Arana, F.; Lago, A.; Partarrieu, A.; Galarregui, M.; Keegan P. y Keegan, E. (2012). *Perfeccionismo en la universidad: talleres psicoeducativos, una intervención preventiva* [Conferencia]. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. <https://www.aacademica.org/000-072/290>
- Muñoz, E.; de Noreña, D. y Sanz, A. (2017). *Neuropsicología del daño cerebral adquirido: Traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares y tumores del sistema nervioso central*. Editorial UOC.
- OPS. (1990). *Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud: Guía para técnicos medios y auxiliares*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3283/Evaluacionparaelplaneamientodeprogramasdeeducacionparalasalud.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ortega, L. (2013). *La inserción y rol psicológico en el ambiente hospitalario: aproximación a las necesidades de la práctica clínica psicológica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México*. (Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica). Repositorio Kérwá. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/16498>

- Ortiz, J. (2014). *Inserción profesional de la psicología en el ambiente hospitalario y la práctica clínica en el Servicio de Neurocirugía y la Unidad de Neuro-Oncología del Hospital México* (Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica). Repositorio SIBDI-UCR. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2376/1/37526.pdf>
- Owensworth, T. y Clare, L. (2006). The association between awareness deficits and rehabilitation outcome following acquired brain injury [La asociación entre los déficits de consciencia y los resultados de la rehabilitación posterior a un daño cerebral adquirido]. *Clinical Psychology Review*, 26(6), pp. 783-795. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.05.003>
- Owensworth, T.; Fleming, J.; Strong, J.; Radel, M.; Chan, W. y Clare, L. (2007). Awareness typologies, long-term emotional adjustment and psychosocial outcomes following acquired brain injury [Tipologías de consciencia, ajuste emocional a largo plazo, y efectos psicosociales posteriores a un daño cerebral adquirido]. *Neuropsychological Rehabilitation*, 17(2), pp. 129-150. <https://doi.org/10.1080/09602010600615506> (<https://doi.org/10.1080/09602010600615506>)
- Padilla, A.; Téllez, A.; Galarza, J.; Téllez, H.; Garza, M. y Garza, C. (2016). *Diccionario de Neuropsicología*. Manual Moderno.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. McGraw Hill.
- Quesada, M. (2015). *Implementación de un programa de acompañamiento psicológico y psicoeducación para paciente con patología tumoral cerebral y sus familiares en el Servicio de Neurocirugía del Hospital México* (Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica). Repositorio SIBDI-UCR. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/7377/39329.pdf?sequence=1>
- Quiroz, C. (2014). Instrumento para evaluar la adherencia de personas adultas a procesos de neurorrehabilitación funcional. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), pp. 52-61. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000100006
- Rajeswaran, J.; Sadana, D. y Kashyap. (2013). *Neuropsychological Rehabilitation: Healing the Wounded Brain Through a Holistic Approach* [Rehabilitación neuropsicológica: curar el cerebro herido a través de [sic] un enfoque holístico]. En J. Rajeswaran (Ed.), *Neuropsychological Rehabilitation: Principles and Applications* [Rehabilitación Neuropsicológica: Principios y Aplicaciones] (pp. 33-56). Elsevier Inc.

- Rimoldi, M.; González, F.; Cáceres, M.; Pruvost, M.; Miranda, A. y Viale, M. (2015). Programas para familiares de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular. *Revista Neuropsicológica Latinoamericana*, 7(1), pp. 12-23. <https://www.redalyc.org/pdf/4395/439542532002.pdf>
- Rojas-Reyes, J. y Flórez-Flórez, M. (2016). Adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con infarto agudo de miocardio. *Aquichan*, 16(3), pp. 328-339. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.5>
- Rojas-Villegas, Y.; Ruíz-Martínez, A. y González-Sotomayor, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), pp. 65-77. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>
- Salazar, M.; Ortega, L.; Ortiz, J.; Esquivel, M.; Vindas, R. y Montero, P. (2016). Calidad de vida en pacientes costarricenses con tumores cerebrales: aportes de la neuropsicología. *Actualidades en Psicología*, 30(121), pp. 49-66. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i121.24417>
- Sarkhel, S.; Singh, O. y Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation [Guía para la práctica clínica de la Psicoeducación en los trastornos psiquiátricos. Principios generales de la Psicoeducación]. *Indian J Psychiatry*, 62(2), pp. 319-323. https://doi.org/10.4103%2Fpsychiatry.IndianJPsychiatry_780_19
- Scaratti, C.; Leonardi, M.; Saladino, A.; Anghileri, E.; Broggi, M.; Lamperti, E.; Fariselli, L.; Ayadi, R.; Tringali, G. y Schiavolin, S. (2017). Needs of neuro-oncological patients and their caregivers during the hospitalization and after discharge: results from a longitudinal study [Necesidades de los pacientes neurooncológicos y sus cuidadores durante la hospitalización y después del alta: resultados de un estudio longitudinal]. *Supportive Care in Cancer*, 25(7), pp. 2137-2145. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3619-6>
- Serafino, E. y Smith, T. (2010). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (10ª ed.). [Psicología de la Salud: Interacciones Biopsicosociales, 10ª ed.]. John Wiley & Sons.
- Serrano, M.; Salazar, M.; Ortega, L.; Jurado, A. y Esquivel, M. (2022). Diseño de un modelo intrahospitalario de estimulación neuropsicológica para pacientes costarricenses con daño cerebral adquirido. Una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*, 5(2), pp. 54-73. <https://neuropsychologylearning.com/wp-content/uploads/pdf/pdf-revista-vol5/vol5-n2-2022-portada.pdf#page=13>

- Sherer, M. y Sander, A. (Eds.). (2014). *Handbook on the Neuropsychology of Traumatic Brain Injury* [Manual sobre la neuropsicología de la lesión cerebral traumática]. Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0784-7>
- Soria, R.; Vega, Z.; Nava, C. y Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*, 17(2), pp. 223-230. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272011000200011&script=sci_arttext
- Taylor, S. (2015). *Health Psychology* (9ª ed.). [Psicología de la Salud. 9ª ed.]. McGraw-Hill Education.
- Turchi, G. (2018). Psicología de la salud del modelo bio-psico-social al modelo dialógico: generar y gestionar procesos transformativos en el ámbito de la salud (D. Fortuna, trad.). Editorial Brujas. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/sidunalibro-ebooks/detail.action?docID=6802577>
- Tyerman, A. (2008). Facilitating Psychological Adjustment [Facilitar el ajuste psicológico]. En A. Tyerman y N. King (Eds.), *Psychological Approaches to Rehabilitation after Traumatic Brain Injury* [Enfoques psicológicos para la rehabilitación después de un traumatismo craneoencefálico] (pp. 320-348). Blackwell Publishing Ltd.
- Von Mensenkampff, B.; Ward, M.; Kelly, G.; Cadogan, S.; Fawsit, F. y Lowe, N. (2015). The value of normalization: Group therapy for individuals with brain injury [El valor de la normalización: terapia de grupo dirigida a personas con daño cerebral]. *Brain Injury*, 29(11), p. 1292-1299. <https://doi.org/10.3109/02699052.2015.1042407>
- Watson, P.; Gignac, G.; Weinborn, M.; Green, S. y Pestell, C. (2020). A meta-analysis of neuropsychological predictors of outcome following stroke and other non-traumatic acquired brain injuries in adults [Un metanálisis de predictores neuropsicológicos en los resultados después de un accidente cerebrovascular y otras lesiones cerebrales adquiridas no traumáticas en adultos]. *Neuropsychology Review*, 30(2), pp. 194-223. <https://doi.org/10.1007/s11065-020-09433-9>
- Weatherhead, S.; Walsh, B.; Calvert, P. y Newby, G. (2013). Opportunistic group work: service-based and community support group examples [Trabajo grupal oportunista: ejemplos de grupos basados en servicios y de apoyo comunitario]. En G. Newby, R. Coetzer, A. Daisley, y S. Weatherhead (Eds.), *Practical Neuropsychological Rehabilitation in Acquired Brain Injury* [Rehabilitación Neuropsicológica Práctica en el Daño Cerebral Adquirido] (pp. 245-254). Karnac Books Ltd.
- Wilson, B. (Ed.) (2003). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory And Practice* [Rehabilitación Neuropsicológica: Teoría y Práctica]. Swets & Zeitlinger Publishers.

- Wilson, B. (2008). Neuropsychological Rehabilitation [Rehabilitación Neuropsicológica]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), pp. 141-162.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212>
- Wilson, B.; Gracey, F.; Evans, J. y Bateman, A. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome* [Rehabilitación Neuropsicológica: Teoría, Modelos, Terapia y Resultados]. Cambridge University Press.
- Wilson, B.; MacAuliffe, M.; y Salas, C. (2020). Principios generales de la rehabilitación neuropsicológica. *Revista Cuadernos de Neuropsicología-Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(2), pp. 59-70.
<https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/423/474>
- Wolters, G.; Ponds, R.; Smeets, S.; Jonker, F.; Pouwels, C.; Verhey, F. y van Heugten, C. (2015). Associations between executive functioning, coping, and psychosocial functioning after acquired brain injury [Relaciones entre el funcionamiento ejecutivo, el afrontamiento y el funcionamiento psicosocial después de una lesión cerebral adquirida]. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), pp. 291-306.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12074>

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento diagnóstico

Instrumento de diagnóstico

El siguiente instrumento presenta el objetivo de realizar un diagnóstico sobre las necesidades y demandas que presenta la población que acude a PRIRECRA, el cual forma parte de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida de la Universidad Nacional. Se pretende realizar dos diagnósticos: a la persona encargada del proyecto, quién sería Jorge Salas Cabrera, PhD.

1) Entrevista semiestructurada para persona encargada del proyecto

- a) *Sobre la participación de la psicología en el proyecto*
 - i) ¿Cómo se integra la psicología en el proyecto que usted lidera?
 - ii) ¿Con qué recursos cuentan para lidiar con las afectaciones a nivel psicológico (sean emocionales, cognitivas, o psicosociales) de las personas pacientes?
 - iii) En cuanto a la inserción de la psicología en dicho contexto ¿cuáles son las necesidades y/o demandas que usted identifica en su proyecto y en la atención que se les brinda a las personas pacientes que acuden al programa de rehabilitación?
 - iv) ¿Dentro del proyecto se ofrece la rehabilitación o readaptación cognitiva? De ser así ¿qué acciones realizan en tal eje de intervención?
 - v) ¿Dentro del proyecto se ofrece el acompañamiento psicoeducativo? De ser así ¿qué acciones realizan en tal eje de intervención?
 - vi) ¿Dentro del proyecto se ofrece la atención psicoterapéutica? De ser así ¿qué acciones realizan en tal eje de intervención?
 - vii) ¿Cuál consideraría que es la pertinencia de la inserción de la psicología en el contexto de los programas de rehabilitación craneoencefálica?
- b) *Sobre la metodología del proyecto*
 - i) ¿Cuál es la finalidad del proyecto?
 - ii) ¿Cuál es la duración del programa de rehabilitación? ¿La finalización del proceso es fija, o depende del avance del paciente?
 - iii) ¿Cómo se conforman los grupos de pacientes?
 - iv) ¿Dentro del programa se encuentra la medición de los avances a nivel funcional y cognitivo de las personas pacientes a lo largo del programa de rehabilitación? De ser así ¿cuáles instrumentos utilizan?

- v) ¿Podría detallarnos como se elaboran los planes de tratamiento para las personas pacientes? ¿Qué aspectos se contemplan? ¿Cómo se manejan las expectativas y necesidades del paciente en cuanto a su proceso de rehabilitación?
 - vi) ¿Cómo trabajan las diversas disciplinas que conforman el equipo de salud?
 - vii) ¿Dentro de los objetivos del proyecto está el fomentar el trabajo transdisciplinario?
- c) *Sobre la población que acude al proyecto*
- i) ¿Existe un proceso de filtración para las personas que buscan acudir al programa de rehabilitación? De ser así ¿cuáles factores de inclusión y/o exclusión se toman en consideración?
 - ii) ¿Cuáles son los grados de afectación que presentan las personas pacientes? (como, por ejemplo: física, social, psicológica, laboral, económica, entre otras)
 - iii) ¿Cuáles son las condiciones de salud que atiende el proyecto? → lesiones
 - iv) ¿El proyecto trabaja con la familia o personas allegadas del paciente respecto de su proceso de adaptación y rehabilitación a la condición de salud?
 - v) ¿Cómo trabaja el proyecto la exclusión social que suelen afectar a esta población?

Anexo 2. Fórmula de Consentimiento Informado para participación en el proyecto



FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: Propuesta de acompañamiento psicoeducativo dirigida a personas con daño cerebral adquirido, atendidas en el Proyecto Integral de Rehabilitación Craneoencefálica de la Universidad Nacional

Versión y fecha: Versión 1. 24 de abril de 2023

Nombre de las sustentantes del proyecto: Mary Paz Fuentes Castro y María Julia Madrigal Casone

Nombre del participante: _____

A. Propósito del proyecto. Las bachilleres en Psicología MARY PAZ FUENTES CASTRO y MARÍA JULIA MADRIGAL CASONE de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA), realizan el presente proyecto de TFG bajo la supervisión de la Dra. Mónica Salazar Villanea como parte de los requisitos para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Dicho proyecto, “Propuesta de Acompañamiento Psicoeducativo dirigida a personas con daño cerebral adquirido, atendidas en el Proyecto Integral De Rehabilitación Craneoencefálica de la Universidad Nacional”, pretende desarrollar una propuesta de protocolo para el desarrollo y adquisición de habilidades relacionadas a las secuelas relacionadas a la conducta, emociones, entre otros aspectos psicológicos de un daño cerebral adquirido (DCA), con el fin de: promover el desarrollo de la consciencia de enfermedad en cuanto al DCA, a través de la educación para la salud; facilitar la adquisición de herramientas y estrategias de afrontamiento para el ajuste emocional y psicosocial ante las secuelas y cambios resultantes del DCA; y fomentar la participación activa en lo que concierne al proceso salud-atención-enfermedad mediante grupos psicoeducativos dirigidos a personas con DCA.

El presente proyecto se realiza en conjunto con el Proyecto Integral de Rehabilitación Craneoencefálica (Código 0588-21) de la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida (CIEMHCAVI) de la UNA, cuyo responsable es el Dr. Jorge Enrique Salas Cabrera. Asimismo, es ejecutado en el marco del proyecto global C1326 “Narrativas sobre el Daño Cerebral Adquirido (DCA): visibilización y resignificación” del Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIP) de la Universidad de Costa Rica (UCR).

Dicho proyecto consistirá en el desarrollo de tres talleres enfocados en la identificación de las secuelas relacionadas a la conducta, emociones, entre otros aspectos psicológicos asociados al DCA, al igual que en la adquisición de herramientas para el ajuste ante dichas secuelas; y, simultáneamente, se brindará acceso a recursos psicoeducativos que contienen información sobre la condición de salud con los temas mencionados anteriormente. Como resultado, su participación contribuirá a la aplicación y evaluación de un protocolo de acompañamiento psicoeducativo dirigido a personas con DCA, lo cual permitirá plantear posibles medidas para fortalecer la atención de las necesidades psicológicas de la población que acude a PRIRECRA. Aquellas personas que deseen participar en el proyecto deben de haber acudido o acudir actualmente a PRIRECRA como parte de su proceso de rehabilitación del DCA.

B. ¿Qué se hará? Si está de acuerdo en participar, se le solicitará que acuda a un total de tres talleres que serán realizados a lo largo de un periodo de tres meses, en una fecha por definir. Los talleres se realizarán bajo una modalidad de grupo psicoeducativo, lo cual implica la interacción con otras personas participantes que también acuden a PRIRECRA. Cada taller durará aproximadamente entre 1 a 2 horas, y serán realizados en las instalaciones de PRIRECRA localizadas en el Campus Benjamín Núñez de la UNA (es decir, a las instalaciones a las que acude actualmente para su programa de ejercicios). Además, los tres talleres serán realizados una vez al mes, en un día extra a los horarios de los ejercicios.

Los talleres se enfocarán en fomentar la consciencia y aprendizaje sobre la condición de su salud a través de la exposición a información acerca de la condición de salud, al igual que buscarán facilitar la interacción y apoyo entre miembros del grupo mediante una metodología que permite el aprendizaje de habilidades a través de la interacción grupal. Igualmente, se les brindará acceso a varios recursos psicoeducativos y materiales de interés ya validados en el proyecto C1326 “Narrativas sobre el Daño Cerebral Adquirido (DCA): visibilización y resignificación” del IIP de la UCR. Finalmente, con el propósito de sistematizar y evaluar los resultados obtenidos, es posible que se le solicite su participación en encuestas

y entrevistas sobre la percepción de los talleres a lo largo de la ejecución del protocolo y posterior a la finalización de este. Se podrá además tomar fotografías o grabaciones de las personas participantes durante las sesiones de los talleres con el fin de registrar la participación de la población para verificar los resultados obtenidos, pero su rostro no será visible y su identidad nunca será revelada a personas externas al proyecto.

El uso de la información y productos audiovisuales recabados será exclusivamente de carácter académico y profesional, estos con el fin de realizar aportes académicos como publicaciones científicas o presentaciones en actividades académicas. Lo anterior, siempre manteniendo el anonimato de las personas participante cumpliendo con el principio de confidencialidad.

C. Riesgos. Su participación en este proyecto no representa ningún riesgo o molestia física. Usted tiene el derecho en cualquier momento de detenerse o no participar si siente incomodidad o indisposición. Podría ser que, al describir su propia experiencia, pueda sentir emociones de tristeza o tener reflexiones asociadas con las pérdidas y cambios que ha afrontado. En el caso de que usted sienta incomodidad o sienta necesidad de acompañamiento puede comunicarse con las investigadoras del proyecto, para que, en caso necesario, se le puede brindar referencia a la ruta de atención psicológica más cercana y recibir orientación sobre los recursos institucionales disponibles.

Si usted mantiene un seguimiento con algún profesional en psicología y usted lo considera necesario, el equipo de investigación podrá dirigir una comunicación con dicha persona profesional e informar sobre su participación en el proyecto.

D. Beneficios. La Ley 9234 (2014) establece que, al tratarse de un proyecto relacionado a la atención a la salud, este debe de significar una mejora para la condición del paciente, en donde sea acorde a los mejores intereses de este y no presente un riesgo mayor a la condición de la persona. Consecuentemente, el proyecto pretende brindar información con respecto a los cambios que conlleva el DCA y favorecer una mejor comprensión y abordaje de sus secuelas; para así, además, contribuir a fomentar la adherencia y participación activa en el proceso de rehabilitación de las personas que acuden a PRIRECRA. Por ende, como posible beneficio resultante de su participación, se le facilitará el acceso a información relacionada a la identificación y abordaje de las secuelas asociadas al DCA; y, simultáneamente, poseerá la oportunidad de asistir a un grupo psicoeducativo, donde podrá

compartir sus experiencias. Cabe mencionar que las personas participantes no recibirán ningún tipo de compensación económica por participar en el proyecto.

E. ¿Qué pasará en el futuro? Los resultados obtenidos a partir de este proyecto permitirán sugerir la implementación de un protocolo de acompañamiento psicoeducativo dirigido a personas con DCA y que son atendidas en PRIRECRA. Cuando dichos resultados estén listos, le compartiremos la información, explicando los hallazgos.

F. Participación voluntaria. Su participación en este proyecto es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o detener su participación en cualquier momento. No habrá ningún efecto o consecuencia por su retiro o falta de participación.

G. Participación confidencial. Su participación es completamente confidencial, es decir, los datos que usted nos brinde serán utilizados de forma anónima, sin brindar datos que permitan identificarle. Sus respuestas no tendrán su nombre ni detalles que permitan identificarle y cualquier referencia a información personal se eliminará del texto. La información que nos brinde se va a manejar con estricto anonimato y confidencialidad, resguardada solamente por el equipo investigador. No le diremos a nadie que usted está participando en el estudio y no daremos su información personal sin su permiso.

En lo referido a la publicación de los resultados de la presente inserción, estos podrán ser utilizados para procesos de docencia y futuras investigaciones, pero su información será manejada de forma confidencial y anonimizada, por lo que su nombre u otros datos personales no serán mencionados en ningún momento.

H. Antes de decidir si desea participar, usted debe haber conversado con alguno de los investigadores autorizados, quien debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información en el futuro, puede obtenerla llamando a las investigadoras Mary Paz Fuentes Castro o María Julia Madrigal Casone, a los teléfonos 6058-1811 o 8737-7555 en horas de oficina (lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.). Usted también puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica. Cualquier consulta adicional puede realizarla al Comité Ético Científico de la Universidad Nacional al teléfono 2562-6840, de lunes a viernes de 8 a 12 m.d. y 1 a 5 p.m.

I. Recibirá una copia de este documento firmado, para su uso personal.

J. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento

CONSENTIMIENTO

- He leído y/o me han leído la información sobre este estudio, antes de firmar.
- He hablado con él o la investigadora y me ha contestado todas mis preguntas en un lenguaje entendible para mí.
- Participo en este estudio de forma voluntaria.
- Tengo el derecho a negarme a participar, sin que esto me perjudique de manera alguna.
- Para cualquier pregunta puedo llamar a Mary Paz Fuentes Castro y María Julia Madrigal Casone a los siguientes números telefónicos: 60581811 o 87377555
- He recibido una copia de este consentimiento para mi uso personal.

Nombre, cédula y firma de quién participa

Hora, lugar, y fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

Hora, lugar, y fecha

Nombre, cédula y firma de quién solicita el consentimiento

Hora, lugar, y fecha

Anexo 3. Carta de la institución sobre la necesidad de proyecto



24 de abril del 2023
UNA-CIEMHCAVI-PRIRECRA-OFIC-006-2023



Máster Jessica McDonald Quinceno
Directora
Escuela de Psicología
Universidad Nacional



Estimada señora:

Reciba un cordial saludo y muchos éxitos en su gestión, la presente carta se dirige a su persona con el propósito de solicitar la colaboración de las estudiantes de Licenciatura Mary Paz Fuentes Castro 118000739 y María Julia Madrigal Casone 117710046 a quienes les solicite colaboración en la gestión de una intervención a nivel psicológica ya que en el proyecto de rehabilitación integral cráneo-encefálico (PRIRECRA) recibe a personas con distintas necesidades no solo desde el plano sensoriomotor, sino que también a personas con deficiencias psico-emocionales por lo que el anteproyecto de ambas estudiantes será de una gran ayuda para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Las estudiantes estarán acompañadas bajo mi supervisión como coordinador del proyecto y además contarán con el espacio necesario para realizar sus intervenciones y práctica correspondiente.

Quedo atento ante cualquier duda u observación

Cordialmente,

JORGE ENRIQUE SALAS CABRERA (FIRMA)
Firmado digitalmente por
JORGE ENRIQUE SALAS
CABRERA (FIRMA)
Fecha: 2023.04.24
14:13:23 -06'00'

Jorge Salas Cabrera PhD
Catedrático CIEMHCAVI
Coordinador PRIRECRA

C. Comisión de Trabajos Finales de Graduación, Escuela de Psicología.

Tel. (506) 2277-3000
Apartado 86-3000
Heredia
Costa Rica
www.una.ac.cr



Anexo 4. Cronograma de actividades

Propuesta de acompañamiento psicoeducativo dirigida a personas con daño cerebral adquirido, atendidas en el Proyecto Integral de Rehabilitación Craneoencefálica de la Universidad Nacional					
<i>Objetivo específico</i>	<i>Actividades</i>	<i>Acciones específicas y coordinaciones</i>	<i>Recursos</i>	<i>Indicadores de logro</i>	<i>Medios de verificación</i>
Promover el desarrollo de la conciencia de enfermedad con respecto al DCA, a través de la educación para la salud	<p>Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales”</p> <p>Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje”</p> <p>Taller “¿Quién soy después del DCA?”</p> <p>Material psicoeducativo</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaboración y ejecución del Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales” enfocado en la identificación y abordaje de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA 2. Elaboración y ejecución del Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje” enfocado en la identificación y abordaje de las secuelas emocionales del DCA 3. Elaboración y ejecución del Taller “¿Quién soy después del DCA?” enfocado en la identificación y abordaje de las secuelas psicosociales del DCA 4. Desarrollo y entrega de un folleto psicoeducativo (Adaptación del material ‘Más allá del Daño Cerebral Adquirido: Vivencia personal y familiar’ de Salazar et al.), dirigido a las personas pacientes y sus personas allegadas 5. Producción de materiales audiovisuales psicoeducativos informativos sobre las características y tratamientos del DCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Canva (para materiales psicoeducativos, como folleto, presentaciones y recursos audiovisuales) • Instalaciones físicas de PRIRECRA • Televisores y parlantes de las instalaciones de PRIRECRA para la reproducción de los materiales psicoeducativos • Materiales psicoeducativos 	<ul style="list-style-type: none"> • El 60% de la población que asista a los talleres logra identificar al menos 5 de las secuelas asociadas al DCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de las sesiones de cada taller • Instrumento elaborado propio para medir indicador de logro (actividad de repaso sobre los contenidos vistos por parte de los participantes) • Presentación de materiales elaborados ante las personas supervisoras para su aprobación • Entrega de los materiales elaborados para las personas pacientes y las personas allegadas a estos

<p>Facilitar la adquisición de herramientas y estrategias de afrontamiento para el ajuste emocional y psicosocial ante las secuelas y cambios resultantes del DCA</p>	<p>Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales”</p> <p>Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje”</p> <p>Taller “¿Quién soy después del DCA?”</p> <p>Material psicoeducativo</p>	<p>6. Elaboración y ejecución del Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales” para promover la adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA</p> <p>7. Elaboración y ejecución del Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje” para promover la adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas emocionales del DCA</p> <p>8. Elaboración y ejecución del Taller “¿Quién soy después del DCA?” para promover la adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas psicosociales del DCA</p> <p>9. Desarrollo y entrega de un folleto psicoeducativo (Adaptación del material ‘Más allá del Daño Cerebral Adquirido: Vivencia personal y familiar’ de Salazar et al.), dirigido a las personas pacientes y sus personas allegadas</p> <p>10. Producción de materiales audiovisuales psicoeducativos informativos sobre el abordaje del DCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Canva (para materiales psicoeducativos, como folleto, presentaciones y audiovisuales) • Instalaciones físicas de PRIRECRA • Televisores y parlantes de las instalaciones de PRIRECRA para la reproducción de los materiales psicoeducativos • Materiales psicoeducativos 	<ul style="list-style-type: none"> • El 60% de la población que asista a los talleres logra conocer al menos 3 de las estrategias de afrontamiento para el abordaje de la condición de salud del DCA 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de las sesiones de cada taller • Instrumento elaborado propio para medir indicador de logro (actividad de repaso sobre los contenidos vistos por parte de los participantes) • Resultados de actividades elaboradas en los talleres (por ejemplo, fotografías o videos de lluvias de ideas) • Presentación de materiales elaborados ante las personas supervisoras para su aprobación • Entrega de los materiales elaborados para las personas pacientes y las personas allegadas a estos
<p>Fomentar la participación activa con respecto al proceso salud-</p>	<p>Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para</p>	<p>11. Realización de talleres para la adquisición de conocimiento y herramientas para el abordaje de la condición de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Canva (para materiales psicoeducativos, como folleto, 	<ul style="list-style-type: none"> • El 50% de la población asiste a los tres talleres; es decir, completa el protocolo de 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de asistencia a los talleres

atención-enfermedad mediante grupos psicoeducativos de apoyo dirigidos a personas con DCA	<p>afrontar las secuelas cognitivas y conductuales”</p> <p>Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje”</p> <p>Taller “¿Quién soy después del DCA?”</p> <p>Materiales psicoeducativos</p>	<p>12. Facilitación de grupos psicoeducativos de apoyo dirigidos a las personas con DCA y que asisten a PRIRECRA</p> <p>13. Desarrollo y entrega de un folleto psicoeducativo (Adaptación del material ‘Más allá del Daño Cerebral Adquirido: Vivencia personal y familiar’ de Salazar et al.), dirigido a las personas pacientes y sus personas allegadas</p>	<p>presentaciones y audiovisuales)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas de PRIRECRA • Televisores y parlantes de las instalaciones de PRIRECRA para la reproducción de los materiales psicoeducativos • Materiales psicoeducativos 	<p>acompañamiento psicoeducativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 70% de la población manifiesta hacer uso de los materiales psicoeducativos proporcionados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento elaborado propio para medir indicador de logro (KSI) • Presentación de materiales elaborados ante las personas supervisoras para su aprobación • Entrega de los materiales elaborados para las personas pacientes y las personas allegadas a estos
---	--	--	---	--	--

Actividades específicas	Elaboración de materiales				Ejecución del protocolo											
	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Elaboración y ejecución del Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales” enfocado en la identificación y abordaje de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA																
Elaboración y ejecución del Taller “Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje” enfocado en la identificación y abordaje de las secuelas emocionales del DCA																
Elaboración y ejecución del Taller “¿Quién soy después del DCA?” enfocado en la identificación y abordaje de las secuelas psicosociales del DCA																
Producción de materiales audiovisuales psicoeducativos informativos sobre las características y tratamientos del DCA																
Elaboración y ejecución del Taller “Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales” para promover la adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA																

Anexo 5. Diagrama del proceso correspondiente a las fases de la propuesta

Fase 1

- Consistió en el diagnóstico de las necesidades de la población, con el fin de delimitar el contexto donde se realizó la inserción y la situación-problema a intervenir; para lo cual, entonces, se realizaron observaciones in situ del proceso de rehabilitación ofrecido en PRIRECRA y entrevistas semiestructuradas con el personal de PRIRECRA.

Fase 2

- Se formuló una propuesta de acompañamiento psicoeducativo dirigida a personas con DCA, en el marco del proyecto global C1326 "Narrativas sobre el Daño Cerebral Adquirido (DCA): visibilización y resignificación" IIP, código 1326 de la UCR, bajo la supervisión de la Dra. Mónica Salazar Villanea como persona tutora.
- Como resultado, se planteó un protocolo adaptado a las condiciones de la población con DCA atendida en PRIRECRA, el cual utilizó los materiales psicoeducativos desarrollados y verificados por el proyecto anteriormente mencionado.
- Por lo que, la ejecución consistió en realizar tres talleres (cuyos contenidos están detallados en el Capítulo VII del presente documento) enfocados en las secuelas cognitivo-conductuales, emocionales, y psicosociales asociadas a la condición del DCA y el manejo de estas.
- Asimismo, se realizó la entrega de los materiales psicoeducativos elaborados para la población.

Fase 3

- Finalizada la ejecución del protocolo, se procedió a realizar una sistematización de los resultados obtenidos con respecto a la perspectiva de la población en relación con su participación en el proceso del acompañamiento psicoeducativo.

Anexo 6. Desglose de los talleres

Con el fin de lograr un acompañamiento psicoeducativo, el presente proyecto se basa en el Modelo de Grupo Psicoeducativo Estructurado de Fawzy y Fawzy (2011) y utiliza los talleres y el material psicoeducativo para conseguir un abordaje que pueda ser utilizado en futuras ocasiones por PRIRECRA.

En tal sentido, se desarrollaron tres talleres con temáticas distintas correspondientes a las necesidades de los pacientes que asisten a PRIRECRA y que se basa en el material ‘Más allá del Daño Cerebral Adquirido, vivencia personal y familiar’ del proyecto C1326 ‘Narrativas sobre el Daño Cerebral Adquirido (DCA): visibilización y resignificación’ del Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIP) de la Universidad de Costa Rica (UCR)’.

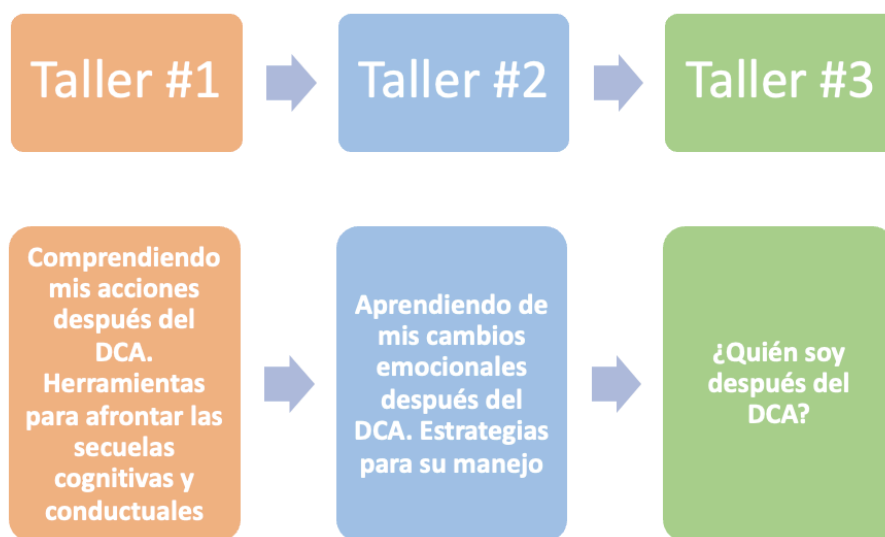
Es importante contemplar los objetivos de cada taller, los cuales se pueden observar desglosados a continuación:

Taller	Objetivos	Temas
Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar herramientas psicoeducativas para la comprensión e identificación de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA. • Proporcionar herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se abarcan los temas de afectaciones en la atención y velocidad, desorientación, memoria, problemas en ejecución y de vida diaria, y lenguaje. • Se comparten estrategias para la organización del espacio físico; el abordaje de aspectos fisiológicos como el sueño, alimentación, entre otros; el uso de calendarios, listas; y aplicación de auto instrucciones, entre otras.
Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar herramientas psicoeducativas para la identificación de las secuelas emocionales del DCA. • Promover la adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas emocionales del DCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se abarcan el tema sobre la capacidad para regular las emociones y el comportamiento; con relación a las afectaciones como el duelo, depresión, ansiedad, estrés postraumático, temores, y comportamientos menos apropiados o diferentes a los habituales. • Se comparten estrategias sobre la normalización de emociones y pensamientos, aceptación de las expresiones emocionales, optimizar la tolerancia a ciertas emociones, fomentar la compartimentación saludable de las emociones, traer conciencia a la experiencia emocional, resignificar la identidad y autoconcepto posterior al evento, entre otras.
¿Quién soy después del DCA?	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar por medio de herramientas psicoeducativas la identificación de las secuelas psicosociales del DCA. • Fomentar a adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas psicosociales del DCA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se abarca el tema de comprender el significado del DCA en lo tocante a la identidad y autoconcepto, por lo que se consideran temas significativos para el grupo en particular. • Se comparten estrategias para la reconstrucción del sentido propio, a fin de aceptar las implicaciones de la condición de salud y adquirir experiencias positivas ante la nueva identidad.

Introducción a los talleres

En función de que los participantes no necesariamente llevarán los talleres en el orden establecido, ya que en cada taller puede que se incorporen personas nuevas, es necesario mantener una misma estructura de introducción a los talleres. Entonces, es fundamental que el

equipo coordinador se presente, seguido de una breve introducción acerca de los talleres y su funcionamiento en donde, se utilizará una línea de proceso para mejorar la comprensión de la base de los talleres. De modo que se responderá a las preguntas ¿por qué estamos aquí? y ¿luego qué sigue? Finalmente, se hará una corta introducción específica para el taller que corresponda ese día.



Taller #1: Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales.

Tema	Actividad	Objetivo	Material	Descripción
Introducción al taller	Presentación del equipo coordinador	Producir un acercamiento a las personas coordinadoras del grupo y a los participantes	N/A	Se dará la bienvenida y se realizará una breve introducción de quiénes componen el equipo coordinador ("Soy 'nombre', Bachiller en Psicología")
	Breve introducción de los talleres	Orientar a las personas participantes mediante un encuadre acerca de los talleres y su funcionamiento.	Presentación de PowerPoint	Se procederá a leer y explicar el consentimiento informado, repartiendo uno por cada participante. Se procurará ser claras y evacuar todas las dudas. Se explicará en forma sencilla y breve los talleres utilizando una línea de proceso para mejorar la comprensión base de los talleres. Se procederá a una breve introducción a la temática del taller 1. También se les indicará que pueden realizar sus preguntas durante todo el taller levantado la mano.
Dinámica para la introducción de los participantes	Presentación de los participantes	Fomentar una dinámica grupal para generar vínculo entre pares.	Cartones de bingo Marcadores Juego de bingo Gafetes	Se utilizará una plantilla de bingo; pero, en vez de número, cada casilla contendrá características (como, por ejemplo, 'usa lentes, 'le gusta hacer ejercicios', etc.). El equipo coordinador

				leerá las características, pero las casillas solo podrán ser marcadas si la misma persona cumple con tales características o bien conoce a alguien del grupo que sí. Después, se utilizará la misma dinámica tradicional de bingo hasta que alguien gane.
Identificación de secuelas cognitivo-conductuales del DCA, por parte de los participantes	Figura humana Lluvia de ideas	Explorar lo que piensan las personas participantes que podrían ser las secuelas cognitivo-conductuales del DCA.	Una cartulina emplastada en forma de una figura humana y 'post-its'	Se les solicitará que escriban en los 'post-its' las secuelas cognitivo-conductuales que han vivido a partir del DCA. Luego se les pedirá que coloquen el 'post-it' en la figura humana localizándolo en el lugar en donde se hace presente la secuela. Finalmente, se hará una reflexión en la que expliquen lo que representa para las personas participantes el resultado final.
Definición de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA	Exposición	Proporcionar información que les sea de ayuda a las personas participantes a comprender las afectaciones en la atención y velocidad, desorientación, memoria, problemas en ejecución y de vida diaria, y lenguaje.	Presentación de PowerPoint	Se realizará una exposición magistral en donde se identificarán las secuelas cognitivo-conductuales del DCA.
Identificación del uso de estrategias o herramientas ante las secuelas cognitivo-conductuales del DCA, por parte de los participantes	Figura humana Lluvia de ideas	Indagar las estrategias que las personas participantes piensan que podrían utilizar o que han utilizado para manejar las secuelas cognitivo-conductuales del DCA.	Una cartulina emplastada en forma de una figura humana y 'post-its'	Haciendo uso de la misma figura humana utilizada en la actividad anterior, se les solicitará que escriban en los 'post-its' las estrategias que piensan que podrían utilizar o que han utilizado para manejar las secuelas cognitivo-conductuales del DCA. Luego se les pedirá que coloquen el 'post-it' en la figura humana localizándolo por encima de la secuela. Finalmente, se hará una reflexión en la que expliquen lo que representa para las personas participantes el resultado final.
Herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA	Exposición	Proveer a las personas participantes de herramientas específicas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA.	Presentación de PowerPoint.	Se dará una exposición magistral acerca de las estrategias para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA.
Técnica de relajación	Puesta en práctica de herramienta de relajación	Introducir las bases del mindfulness para que así las personas participantes puedan utilizarlo como estrategia para el abordaje de las secuelas emocionales relacionadas al DCA.	Patente para reproducir la técnica de relajación	Se realizará un ejercicio de relajación de relajación corta con énfasis en la respiración, introduciendo los principios del mindfulness.
Cierre	Síntesis de lo discutido y aclaración de dudas.	Retomar los aspectos principales de lo mencionado durante el taller.	N/A	Se realizará una síntesis de lo discutido, rescatando aquellas vivencias que comparte el grupo respecto del proceso.

		Aclarar las dudas respectivas que surjan al final del taller.		Se dará la despedida a las personas participantes del taller y se aclararán las dudas respectivas.
--	--	---	--	--

Recursos utilizados para la ejecución del Taller #1

Ficha para actividad del bingo de conductas y comportamientos asociados al DCA

Hago ejercicio	Me siento cansado/a	Me cuesta concentrarme
A veces no entiendo lo que sucede	No siempre me siento motivado/a	Soy ordenado/a
A veces me cuesta organizarme	Siento más cansancio de lo normal	Logro solucionar problemas

Figura humana para identificación de secuelas cognitivo-conductuales y sus estrategias



Video utilizado para aprendizaje y práctica la técnica de relajación

Energía Vital. (4 de abril de 2020). Meditación guiada en 5 minutos [Video]. YouTube.

<https://youtu.be/XY6u9puvPAE?si=e3hjbWHDDu6SHalo>

Taller #2: Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje

Tema	Actividad	Objetivo	Material	Descripción
Introducción al taller	Presentación del equipo coordinador	Producir un acercamiento a las personas coordinadoras del grupo y a los participantes.	N/A	Se dará la bienvenida y se realizará una breve introducción de quiénes componen el equipo coordinador ("Soy 'nombre', Bachiller en Psicología)
	Breve introducción de los talleres	Orientar a las personas participantes mediante un encuadre acerca de los talleres y su funcionamiento.	Presentación de PowerPoint	Se explicará en forma sencilla y breve los talleres utilizando una línea de proceso para mejorar la comprensión base de los talleres. Se procederá a una breve introducción a la temática del taller 2. Asimismo, se les indicará que pueden realizar sus preguntas durante todo el taller levantado la mano.
Dinámica para la introducción	Presentación del tema.	Fomentar una dinámica grupal para generar vínculo entre pares.	Cartones de bingo Marcadores Juego de bingo Gafetes	Se utilizará una plantilla de bingo; pero, en vez de número, cada casilla contendrá emociones y sentimientos (como, por ejemplo, 'amor', 'asco', etc.). El equipo coordinador leerá las características, pero las casillas solo podrán ser marcadas si la misma persona cumple con tales características o bien conoce a alguien del grupo que sí. Después, se utilizará la misma dinámica tradicional de bingo hasta que alguien gane.
Identificación de las secuelas emocionales en relación con el DCA	Construcción grupal en lluvia de ideas acerca de las secuelas emocionales del DCA. Metáfora del árbol.	Consultar lo que piensan las personas participantes que podrían ser las secuelas emocionales del DCA. Promover la expresión de pensamientos y emociones vinculados a los cambios emocionales productos del DCA. Fomentar la participación activa colaboración grupal.	Cartulina emplastificada en forma de un árbol Dibujos de hojas emplastificadas Cinta scotch Marcadores de pizarra	Se les brindará a las personas participantes recortes de imágenes, para facilitar el abordaje de los materiales. Luego, se dará la siguiente consigna: 'representen los cambios emocionales que han vivenciado a partir de sus experiencias con DCA'. Luego de finalizar el collage se les pedirá que compartan y expliquen lo que representa para las personas participantes el resultado final.
Definición de las secuelas emocionales del DCA	Exposición	Facilitar información que les sea de ayuda a las personas participantes a comprender las afectaciones emocionales del DCA.	Presentación de PowerPoint	Por medio de una exposición magistral se reforzará la identificación de las secuelas emocionales del DCA.
Identificación del uso de estrategias o herramientas ante las secuelas emocionales del DCA, por parte de los participantes	Metáfora del árbol Lluvia de ideas	Explorar las estrategias que las personas participantes piensan que podrían utilizar o que han utilizado para manejar las secuelas emocionales del DCA.	Cartulina emplastificada en forma de un árbol Dibujos de hojas emplastificadas	Se les brindará una cartulina emplastificada en forma de un árbol y dibujos de hojas emplastificada, con el fin de identificar cuáles son las estrategias que han utilizado o podrían utilizar ante las secuelas mencionadas anteriormente.

			Cinta scotch Marcadores de pizarra	El árbol se utiliza como una metáfora sobre los cambios que implicó la enfermedad, ya que la colocación de las hojas (donde se escribirán las estrategias) en el árbol permitirá ejemplificar el proceso de adaptación y reajuste de la población.
Herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas cognitivo-conductuales del DCA	Exposición	Brindar a las personas participantes herramientas concretas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas emocionales.	Presentación de PowerPoint.	Se expondrá una presentación sobre las herramientas para el abordaje de las secuelas emocionales del DCA.
Técnica de relajación	Puesta en práctica de herramienta de relajación	Introducir las bases del mindfulness para que así las personas participantes puedan utilizarlo como estrategia para el abordaje de las secuelas emocionales relacionadas al DCA.	Patente para reproducir la técnica de relajación	Se realizará un ejercicio de relajación de relajación corta con énfasis en la respiración, introduciendo los principios del mindfulness.
Cierre	Síntesis de lo discutido y aclaración de dudas.	Retomar los aspectos principales de lo mencionado durante el taller. Aclarar las dudas respectivas que surjan al final del taller.	N/A	Se realizará una síntesis de lo discutido, rescatando aquellas vivencias que comparte el grupo con respecto al proceso. Se dará la despedida a las personas participantes del taller y se aclararán las dudas respectivas.

Recursos utilizados para la ejecución del Taller #2

Ficha para actividad del bingo sobre emociones y sentimientos

Amor	Cariño	Impotencia	Tristeza
Felicidad	Sorpresa	Cansancio	Alivio
Culpabilidad	Entusiasmo	Aburrimiento	Frustración
Enojo	Esperanza	Asco	Miedo

Cartulina para ejemplificación de secuelas emocionales y sus estrategias mediante metáfora del árbol



Video utilizado para aprendizaje y práctica de la técnica de mindfulness

Yolanda Calvo. (23 de noviembre de 2012). 3 Minutos MINDFULNESS para Relajar la Mente [Video]. YouTube. <https://youtu.be/0eiQQL4cWIM>

Taller #3: ¿Quién soy después del DCA?

Tema	Actividad	Objetivo	Material	Descripción
Introducción al taller	Presentación del equipo coordinador	Producir un acercamiento a las personas coordinadoras del grupo y a los participantes.	N/A	Se dará la bienvenida y se realizará una breve introducción de quiénes componen el equipo coordinador ("Soy 'nombre', Bachiller en Psicología")
	Breve introducción de los talleres	Orientar a las personas participantes mediante un encuadre acerca de los talleres y su funcionamiento.	Presentación de PowerPoint	Se explicará en forma sencilla y breve los talleres utilizando una línea de proceso para mejorar la comprensión base de los talleres. Se procederá a una breve introducción a la temática del taller 3. También se les indicará que pueden realizar sus preguntas durante todo el taller levantado la mano.
Dinámica para la introducción de los participantes	Presentación de los participantes	Fomentar una dinámica grupal para generar vínculo entre pares.	Cartones de bingo Marcadores Juego de bingo Gafetes	Se utilizará una plantilla de bingo; pero, en vez de número, cada casilla contendrá características sociales (como, por ejemplo, 'soy paciente',

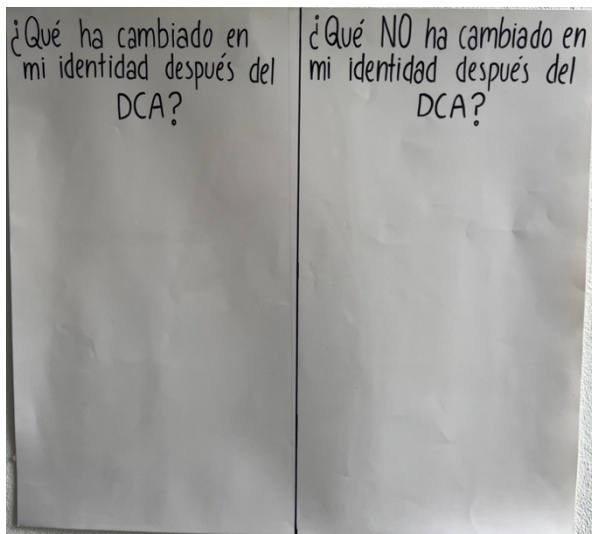
				etc.). El equipo coordinador leerá las características, pero las casillas solo podrán ser marcadas si la misma persona cumple con tales características o bien conoce a alguien del grupo que sí. Después, se utilizará la misma dinámica tradicional de bingo hasta que alguien gane.
Identificación de secuelas psicosociales del DCA	Cartel comparativo Lluvia de ideas	Explorar lo que piensan las personas participantes que podrían ser los cambios psicosociales resultantes del DCA, con relación a la identidad.	Post-its Cartel	Se les presentará un cartel dividido a la mitad, en donde, rellenarán con 'post-its' en una primera mitad contestando a la premisa: 'que ha cambiado en mi identidad a partir del DCA' y en la otra mitad respondiendo a la consigna: 'que no ha cambiado en mi identidad a partir del DCA'. Por último, se presentará el resultado y se reforzará la importancia de tomar en consideración aquellos aspectos de sí mismos que no ha cambiado y hacer énfasis en las experiencias positivas ante la nueva identidad.
Definición de las secuelas psicosociales del DCA	Exposición	Facilitar la identificación de las secuelas psicosociales del DCA	Presentación de PowerPoint	Se hará una exposición magistral enfocada a la identificación de las secuelas psicosociales del DCA.
Identificación del uso de estrategias o herramientas ante las secuelas psicosociales del DCA, por parte de las personas participantes	Análisis de caso	Indagar las estrategias que las personas participantes piensan que podrían utilizar o que han utilizado para manejar las psicosociales del DCA.	Proyección del análisis de caso	Se les presenta una problemática asociada a las secuelas psicosociales del DCA. Se les pide que, en conjunto, construyan soluciones para la persona del caso. Después, se discutirá al respecto.
Herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas psicosociales del DCA.	Exposición	Fomentar a adquisición de herramientas para el abordaje y afrontamiento de las secuelas psicosociales del DCA.	Presentación de PowerPoint	Por medio de una exposición magistral se ofrecerán estrategias para el abordaje y afrontamiento de las secuelas psicosociales del DCA.
Técnica de relajación	Puesta en práctica de herramienta de relajación	Introducir las bases de la respiración para que así las personas participantes puedan utilizarlo como estrategia para el abordaje de las secuelas psicosociales relacionadas al DCA.	Patente para reproducir la técnica de relajación	Se realizará un ejercicio de relajación de relajación corta con énfasis en la respiración, introduciendo los principios del mindfulness.
Cierre	Síntesis de lo discutido y aclaración de dudas	Retomar los aspectos principales de lo mencionado durante el taller. Aclarar las dudas respectivas que surjan al final del taller.	N/A	Se realizará una síntesis de lo discutido, rescatando aquellas vivencias que comparte el grupo en lo tocante al proceso. Se dará la despedida a las personas participantes del taller y se aclararán las dudas respectivas.

Recursos utilizados para la ejecución del Taller #3

Ficha para actividad del bingo sobre aspectos de la identidad

Intento no juzgarme	Me gusta participar	Me cuesta reconocer mis logros
Intento entenderme y tenerme empatía	No cuesta expresar cómo me siento	Soy paciente
Hago ejercicios de respiración	No me da miedo pedir ayuda	Me cuesta disfrutar

Cartel utilizado para identificar aspectos relacionados a la identidad previo y posterior al evento



Caso utilizado para actividad de análisis de caso sobre secuelas psicosociales del DCA e identificación de estrategias

Cristina Fernández, persona con Daño Cerebral usuaria de la asociación ADACEA Tenerife



"Mi caso fue un hematoma subdural espontáneo. Después de la operación, **nadie me informó de que podrían quedar secuelas ni de que tendría que hacer rehabilitación.**

Durante el año de baja tuve que soportar mucho dolor y también mucha incertidumbre, ya que no tenía información de lo que me iba a pasar más adelante. Todo se me hacía todo cada vez más cuesta arriba. **El no saber nada te trae mucha ansiedad:** no sabes si haces bien en esperarte para volver a trabajar, si agotar todo el tiempo de baja,... En ningún momento me dijeron que me podían

quedar secuelas. Cuando me volví a ver el cirujano directamente me dio el alta. Sólo podía volver si tenía otro dolor parecido.

Así que un año después de la operación tuve que volver a trabajar, dando masajes y hablando inglés y francés.

En el trabajo todo fue cuesta arriba: cambios de humor, estrés, broncas... Y ante ello sólo tenía indiferencia por parte de mi médico de cabecera, ya que el neurólogo no me había mandado nada.

Empezaron las lagunas, olvidos, más broncas...hasta que tres años después de la operación cuando terminó el contrato decidí que no iba a parar hasta que supiera lo qué me pasaba.

Estuve tres años buscando ayuda legal y física. Nadie lo hizo por mí: tuve que escuchar malas contestaciones y caras de muchos médicos. Menos mal que mi marido me apoyó desde el principio. Conseguí un estudio neuropsicológico que me dio la razón: **tenía un Daño Cerebral** que me afectó en el carácter, el habla, en el lado izquierdo, y también migraña crónica para la que me tengo que pinchar todos los meses.

Ahora estoy luchando por la incapacidad absoluta y mientras sigo con la total, con mi poca pensión hago mis rehabilitaciones en la asociación **ADACEA Tenerife**, en el hospital del Sur y en la piscina. Me siento súper contenta de todo lo logrado y cuando se estabilice todo me gustaría poder ayudar en algo a mis compañeros que empiecen con esto como apoyo o información para ellos o sus familias. Nos lo merecemos por todo lo superado."

El caso de Cristina no es un caso excepcional: según el **Observatorio Estatal de Daño Cerebral**, el **49% de las personas con Daño Cerebral** y familiares encuestadas no recibieron información sobre el Daño Cerebral y sus secuelas tras la hospitalización.

FEDACE. (2021). FEDACE presenta una serie de testimonios de la rehabilitación de personas con Daño Cerebral. https://fedace.org/testimonios_rehabilitacion

Video utilizado para aprendizaje y práctica de la técnica de meditación y respiración

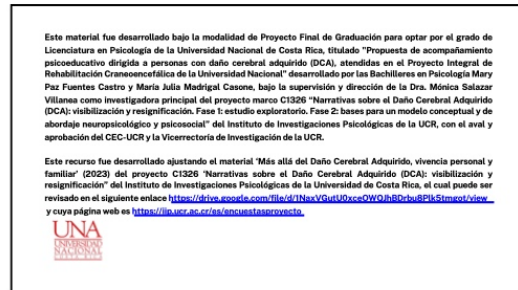
Energía Vital. (06 de abril de 2020). Meditación guiada en 5 minutos para liberarse del estrés [Video]. YouTube. <https://youtu.be/taRrGjj-kl0?si=RInmN8NfmPNg8OON>

Anexo 7. Presentaciones utilizadas para los talleres

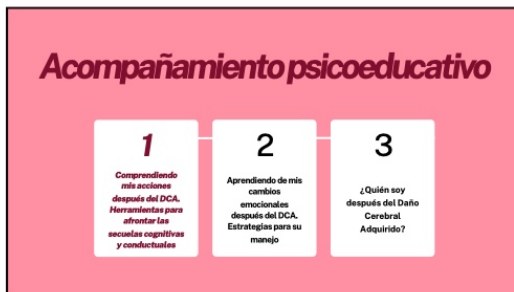
Taller #1: Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales



1



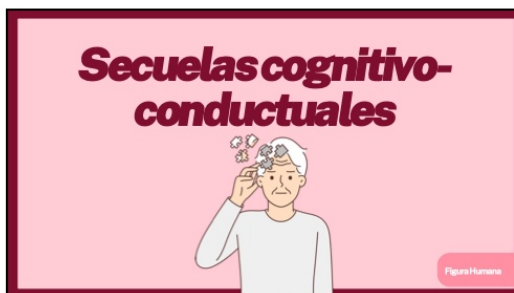
2



3



4




5



6

Secuelas a nivel sensorial
Los sentidos y su funcionalidad se puede ver afectada debido al DCA, varía según el tipo y nivel

Secuelas a nivel motor
Dificultad para controlar las extremidades y movimientos del cuerpo, dependiendo del nivel de DCA que se presenta



7

Cambios en la cognición

Atención y velocidad
Dificultad para mantener la atención en actividades de la vida diaria; como, por ejemplo, en las conversaciones

Memoria

Funciones ejecutivas

8

Cambios en la cognición

Atención y velocidad

Memoria
Pueden no recordar lo que pasó justo antes o después del DCA. Puede ser difícil aprender cosas nuevas, recordar lo que otros dicen o el nombre de los objetos.

Funciones ejecutivas

9

Cambios en la cognición

Atención y velocidad

Memoria

Funciones ejecutivas
Dificultades para seguir instrucciones, planear actividades, y contestar preguntas. Hay impulsividad, al igual que falta de flexibilidad y motivación

10

Cambios en la cognición

Desorientación
Confusión con las fechas, no saber dónde se encuentra, o lo que está ocurriendo en algún momento.

Lenguaje

11

Cambios en la cognición

Desorientación

Lenguaje
Como dificultades para hablar, entender instrucciones o escribir. Puede ser tanto a nivel cognitivo como motor.

12

Funciones Ejecutivas

"En nuestra vida diaria precisamos de las funciones ejecutivas para desenvolvemos en nuestro entorno y alcanzar aquellos objetivos que nos proponemos" (AFADACS, 2020)

13

Funciones ejecutivas

"Son imprescindibles a la hora de planificar nuestro día al levantarnos: qué tenemos que hacer y en qué orden, cuánto tiempo nos supondrá hacer cada cosa, así como el ir de un sitio a otro, modificar nuestro plan por algún imprevisto surgido, etc" (AFADACS, 2020)



14

Cansancio neurológico

Cuando aparece, puede limitar la capacidad mental, especialmente tras un DCA, ya que hay menos energía disponible que debe distribuirse con cuidado. Este cansancio requiere descanso, incluso hasta dormir.



(Lassolletta, 2022)

15

Atención dividida

Es la habilidad de cambiar rápidamente la atención de una tarea a otra. Por ejemplo, al conducir, nos enfocamos en los pedales, luego en el semáforo y después en la palanca de cambios.




(Lassolletta, 2022)

16

"Un momento a la vez"

La capacidad de procesar información después de un DCA suele estar más limitada. Aunque con el tiempo se puede mejorar, es importante respetar los ritmos de cada persona, adaptando la cantidad, variedad y duración de los estímulos y situaciones.



(Lassolletta, 2022)

17

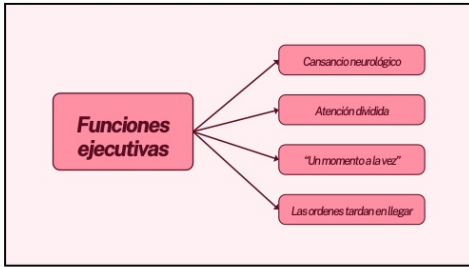
Las órdenes tardan en llegar

Principalmente se nota en el tiempo que tardamos en reaccionar; y, cuando somos conscientes de esta demora, nos puede generar frustración, ira y entre otras reacciones. Después de un DCA, acciones que antes era automáticas, ahora requieren más de nuestra energía y atención para ejecutarlas correctamente.



(Lassolletta, 2022)

18



19

Atención

¿Por qué es tan importante?

Sin atención, no podemos realizar actividades voluntarias. En casos de DCA, se observan alteraciones en la atención.

Puede resultar tedioso dedicarse a una tarea en específico, ya que es difícil eliminar distracciones o estímulos no relacionados a la tarea.

20

Organizarse es importante

El DCA suele afectar las funciones ejecutivas, que son necesarias para dirigir nuestras acciones hacia un objetivo. Por lo tanto, es importante orientarse; al organizarse, establecer metas, planificar y seguir pasos.

©Laseoletta, 2022

21

Cuando hay que tomar decisiones

Las personas DCA pueden tener problemas al tomar decisiones, debido a la complejidad de procesar información y de tener todo esto en cuenta. Puede generar frustración, especialmente cuando ocurren cambios.

22

Problemas para aprender

Tras un DCA, los recursos para procesar información se ven limitados, lo que dificulta el proceso de aprendizaje. La información generalmente está presente, pero la dificultad radica en encontrarla, por lo que resulta difícil el usar estrategias para recordar cosas.

23

Dificultad para recordar

Tienen que ver con limitaciones en la atención que dificultan entender lo que está sucediendo, lo cual afecta la acción de 'almacenar' esta información en nuestra memoria. Además, puede existir una falta de consciencia sobre dichas secuelas, ya que no se logran recordar.

24



25



26

¿Cómo retomar lo cotidiano?

En cuanto a nuestro entorno...

- Dividir las tareas del día
- Usar letreros con indicaciones escritas y listas de verificación, como PostIts o señales visuales
- Crear rutinas, con pasos exactos a seguir

27

Retomando lo cotidiano

Para ayudarnos a nosotros mismos...

- Repasar mentalmente mis acciones. Es decir, hablamos a nosotros mismos, para darnos instrucciones
- Ordenar nuestro propio tiempo y ritmo
- Quitar aquello que nos distrae

28

Desarrollar el hábito de anotar y repasar nuestras notas

	Urgente	No Urgente
Importante	Importante y Urgente	Importante pero No Urgente
No importante	No importante pero Urgente	No urgente y No importante

En ocasiones es útil organizar las tareas pendientes en una tabla como la anterior. De esta manera se pueden planificar las agendas priorizando lo importante y urgente.

29

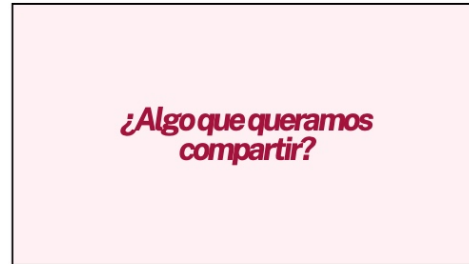
Para orientarnos mejor

- Recordar aspectos de nuestro día, como los trayectos que recorremos, o los nombres de lugares y personas.
- Anotar citas y eventos importantes
- Repasar dónde podemos encontrar las cosas
- Puede ser útil mantener un diario

30



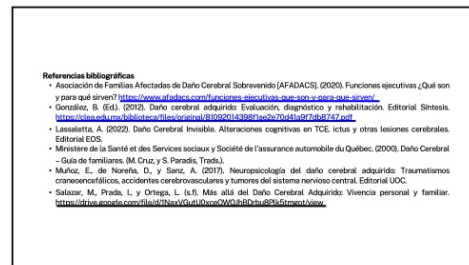
31



32



33



34



35

Enlace para acceder a la presentación:

https://drive.google.com/file/d/1uxiUVLTMINpJZWYDExn3yX2ugCQzERqZ/view?usp=share_link

Cambios emocionales

Aparecen cambios neuroconductuales que se refieren a la capacidad para regular las propias emociones y el comportamiento.



7

Los cambios emocionales son comunes y pueden presentarse como:

Falta de inhibición o autocontrol

Un exceso de control

8

Cambios a nivel emocional

Labilidad emocional

Dificultad para controlar y expresar las emociones, lo que puede llevar a expresiones emocionales inapropiadas en términos de su frecuencia, intensidad y duración.

Irritabilidad y Agresividad

Desinhibición conductual

9

Cambios a nivel emocional

Labilidad emocional

Irritabilidad y Agresividad

Puede expresarse de manera verbal o física hacia otras personas. La agresividad, especialmente, dificulta la integración social y laboral.

Desinhibición conductual

10

Cambios a nivel emocional

Labilidad emocional

Irritabilidad y Agresividad

Desinhibición conductual

La labilidad emocional y la irritabilidad pueden llevar a comportamientos inadecuados, ya que no se logra contener o controlar los impulsos, actuando sin considerar las consecuencias.

11

Cambios a nivel emocional

Apatía (Falta de motivación)

Problemas para planificar y regular actividades de manera voluntaria, resulta difícil iniciar acciones a menos que se les sugiera.

Problemas con la empatía

Otros cambios

12

Cambios a nivel emocional

Apatía (Falta de motivación)

Problemas con la empatía

Es difícil empatizar y comprender a otros, ya que existe una incapacidad de experimentar y expresar sentimientos.

Otros cambios

13

Cambios a nivel emocional

Apatía (Falta de motivación)

Problemas con la empatía

Otros cambios

Se afecta la confianza y hay sentimientos de impotencia, surgen temores y actitudes de aislamiento, y se puede sufrir de depresión, duelo y TEPT.

14

Factores psicológicos

¿Cómo determinan nuestra rehabilitación?

- Modelos de creencias
- Condiciones psicológicas previas
- Negación de la enfermedad / No reconocer las secuelas del DCA
- Anosognosia
- Falta de apoyo

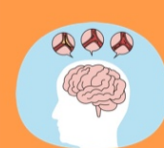


15

Factores neurológicos

¿Cómo determinan nuestra rehabilitación?

Cuando existen condiciones previas y/o resultantes del evento que afectan ciertas zonas y sistemas del cerebro




16

Factores psicosociales

¿Cómo determinan nuestra rehabilitación?

- Condiciones de vida previas
- Cambios experimentados a partir de las secuelas
- Cambios en las relaciones



17

MÉTAFORA DEL ÁRBOL



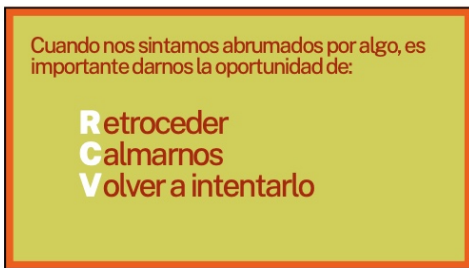
18



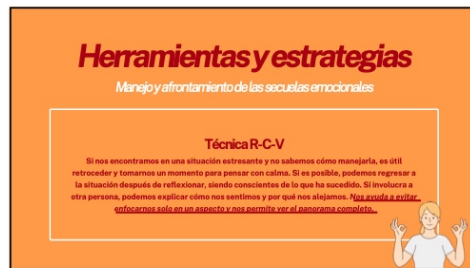
19



20



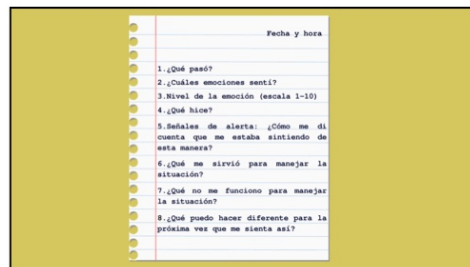
21



22



23



24

Herramientas y estrategias

Manejo y afrontamiento de las secuelas emocionales

Fomentar la aceptación

Hay experiencias difíciles de integrar y darles sentido en nuestras vidas. Entonces, es importante rescatar lo que continúa, y aceptar lo que no continúa y darse tiempo para adaptarse. Aceptando que la vida no siempre es justa y hay cosas que se salen de nuestro control.



25

Herramientas y estrategias

Manejo y afrontamiento de las secuelas emocionales

Un manejo saludable de los sentimientos

Prácticas como la espiritualidad y creencias religiosas, resiliencia, participar activamente en cosas que nos gustan o interesan, definir nuestras metas acorde a nuestras condiciones, reconocer nuestros logros, y ejercicios de relajación como el Mindfulness pueden ayudarnos a manejar más asertivamente lo que estamos viviendo.



26



27

Herramientas y estrategias

Manejo y afrontamiento de las secuelas emocionales

Resignificar nuestra identidad y autoconcepto

Si bien el DCA no lo es todo, tiene un rol significativo en nuestro proceso de definir quiénes somos como personas. Durante esto, es importante reconocer nuestras condiciones sin criticarnos y magnificar nuestros posibles errores. Podemos integrar nuestros aprendizajes al presente sin condenarnos.



28

Recordemos:

Es importante saber distinguir y entender lo que puede modificarse con fuerza de voluntad y lo que no.

29

EJERCICIO DE MINDFULNESS



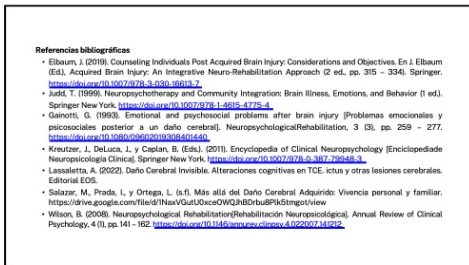
30



31



32



33



34

Enlace para acceder a la presentación:

https://drive.google.com/file/d/1iH88XruiWHmgGiXy4xB--r4EzLBJ2-Ri/view?usp=share_link



7



8



9



10



11



12



13



14

¿Quién soy ahora?
Reconstrucción del sentido propio
 La sensación de saber quiénes somos - es decir, la **identidad** - tiene que ver con esas características personales, con recuerdos y actividades que hacemos, con las personas con quienes nos relacionamos y con lo que pensamos sobre nosotros/nosotras mismos/mismas.

15

¿Quién soy ahora?
Reconstrucción del sentido propio
 Eso va cambiando a lo largo de la vida.
 El DCA no lo cambia todo. Es posible que se mantengan características como nuestros valores, creencias, relaciones cercanas y roles. Sin embargo, esto no quita que han sucedido ciertos cambios, los cuales resulta importante reconocer y darles sentido en nuestra vida y en quiénes somos.

16

¿Qué se puede hacer?

17

Herramientas psicosociales

18

Herramientas y estrategias

Participación en grupos de apoyo

El participar en espacios donde sea posible compartir y aprender con personas que han vivido experiencias similares permite construir una red de apoyo y motivación para el proceso de rehabilitación.

Tanto el poseer conocimiento sobre la enfermedad como el normalizar las experiencias de vida pueden ayudar a comprender y aceptar lo que ha sucedido, ayudando así a lidiar con la ansiedad e incertidumbre asociada a su vivencia.




19

Herramientas y estrategias

Autodescubrimiento

El DCA puede generar la sensación de "yo no soy la misma persona". Por lo que, es importante aceptar lo que no continúa y darse tiempo para adaptarse. Intentar, un día a la vez, dar sentido y significado a la experiencia y a la identidad con nuevos intereses, metas, prioridades y estilos de vida. Probar nuevas posibilidades para crear un nuevo camino.



20

Fichas de apoyo

Las fichas de apoyo son útiles para recordar cómo utilizar los recursos con los que contamos para hacer frente a una situación, se pueden usar para:

- Manejo de problemas
- Control emocional
- Rutinas
- Eventos estresantes
- Recordatorios
- Instrucciones *
- Expresar lo que está sucediendo

Las fichas de apoyo sirven tanto como un recurso de orientación a nivel físico y cognitivo-conductual, al cual que ayuda a traer a conciencia sobre las condiciones en que nos encontramos. Nos permite ver la posibilidad de adaptarse a lo ocurrido, y cuáles son las fortalezas y debilidades que contamos como personas para hacer frente a estas situaciones de cambio.

21

Fortalezas		
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de lenguaje • Fuerza física • Coordinación • Sentido y percepción • Motivación • Apoyo familiar • Creencias espirituales • Apoyo de la comunidad • Sentido del humor 		
<p>Problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja concentración y distracciones • Problemas de memoria • Irritabilidad • Dificultades para entender a otras personas • Consumo de sustancias 	<p>Estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de atención y reducir distracciones • Ejercicios para la memoria • Tiempos fuera, registros, y fichas de apoyo • Escucha activa • Grupos de apoyo 	<p>Metas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejar y trabajar • Trabajar • Llevar buenas relaciones • Matrimonio • Soledad

Adaptado de Judd (2018)

22

Síntomas de depresión

- Pensamientos negativos
- Llorar
- Pensamientos suicidas
- Consumo de sustancias
- Recuerdos y memorias

¿Qué puedo hacer?

- Decirme: "Estoy mejorando. Puedo aprender a controlar esto"
- Distrarme (dibujar, cocinar, escribir, entre otros)
- Pedir ayuda

Adaptado de Judd (2019)

23

¿Cómo se siente mi ansiedad?

- Golpeteos con manos y pies
- Respiración rápida
- Corazón acelerado
- Sudoración
- Tensión muscular
- Inquietud
- Nervios

¿Qué puedo hacer?

- Aljarme un momento, estar en silencio y en la oscuridad
- Cerrar mis ojos
- Respirar lento y profundo
- Relajar mis músculos
- Pensar en algo que relaje mi mente
- Identificar que está en mis manos y que no

Adaptado de Judd (2019)

24

Herramientas y estrategias

La importancia de expresarse

Hay experiencias difíciles de integrar y dárles sentido en nuestras vidas. Sentimientos de enojo, tristeza, desesperanza, frustración, ansiedad, depresión y duelo son normales ante la vida. Comprender el significado del DCA en la identidad requiere tiempo. Por ello, es importante expresar lo que se siente, puede dar alivio el reconocer qué es lo que ha sucedido y cómo esto nos ha afectado.



25

Herramientas y estrategias

El proceso del duelo

Está la posibilidad de que a lo largo del proceso de rehabilitación se descubran ciertas pérdidas, por lo que es importante darse la oportunidad de expresar y reconocer los sentimientos que surjan a raíz de tales pérdidas. Es importante darse permiso y tiempo para procesar lo doloroso de los cambios y retos, al igual que valorar si hay ganancias al lado de las pérdidas.



26

Integrar los aprendizajes en el presente

Recuerden **darse un respiro**, sin juzgarse ni culparse. Es válido **necesitar tiempo**, un día a la vez se reconocen los cambios y los apoyos que necesitamos.

Poco a poco permítanse **participar en su proceso**. Pregunten y pidan toda la información que necesite a sus equipos de atención en salud. Y no olviden darse permiso de **intentar disfrutar** algún momento o actividad diaria, que no asocien solamente al proceso de enfermedad o rehabilitación.

27

EJERCICIO DE RESPIRACIÓN



28

¿Algo que queramos
compartir?

29

¡Gracias!

30

Enlace para acceder al manual: https://drive.google.com/file/d/1Z4GsIqKO29NUskNnPB2J--aoaZ6Lbrck/view?usp=share_link

Anexo 9. Folleto “Guía práctica para el autocuidado de acompañantes o familiares”



Enlace para acceder a la guía:

https://drive.google.com/file/d/1MUFFGAKfjW4kojmuED0h4Zbwfb1Yxjv/view?usp=share_link

Anexo 10. Página web “Conviviendo con el Daño Cerebral Adquirido, herramientas y estrategias para su abordaje”



Enlace para acceder a la página web: <https://sites.google.com/view/conviviendo-con-el-dca>

Anexo 11. Manual “Guía para implementación de acompañamiento psicoeducativo dirigido a personas con daño cerebral adquirido”



Enlace para acceder al manual:

https://drive.google.com/file/d/1qgajmNgYPBJx_H0PaKQUeFGq2hK_GJL4/view?usp=share_link

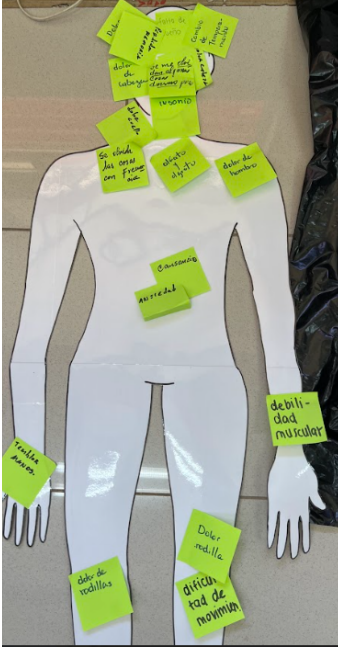
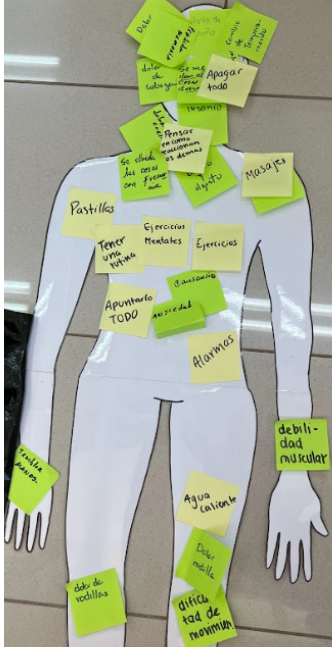
Anexo 12. Rúbrica de evaluación para retroalimentación por parte de las personas participantes

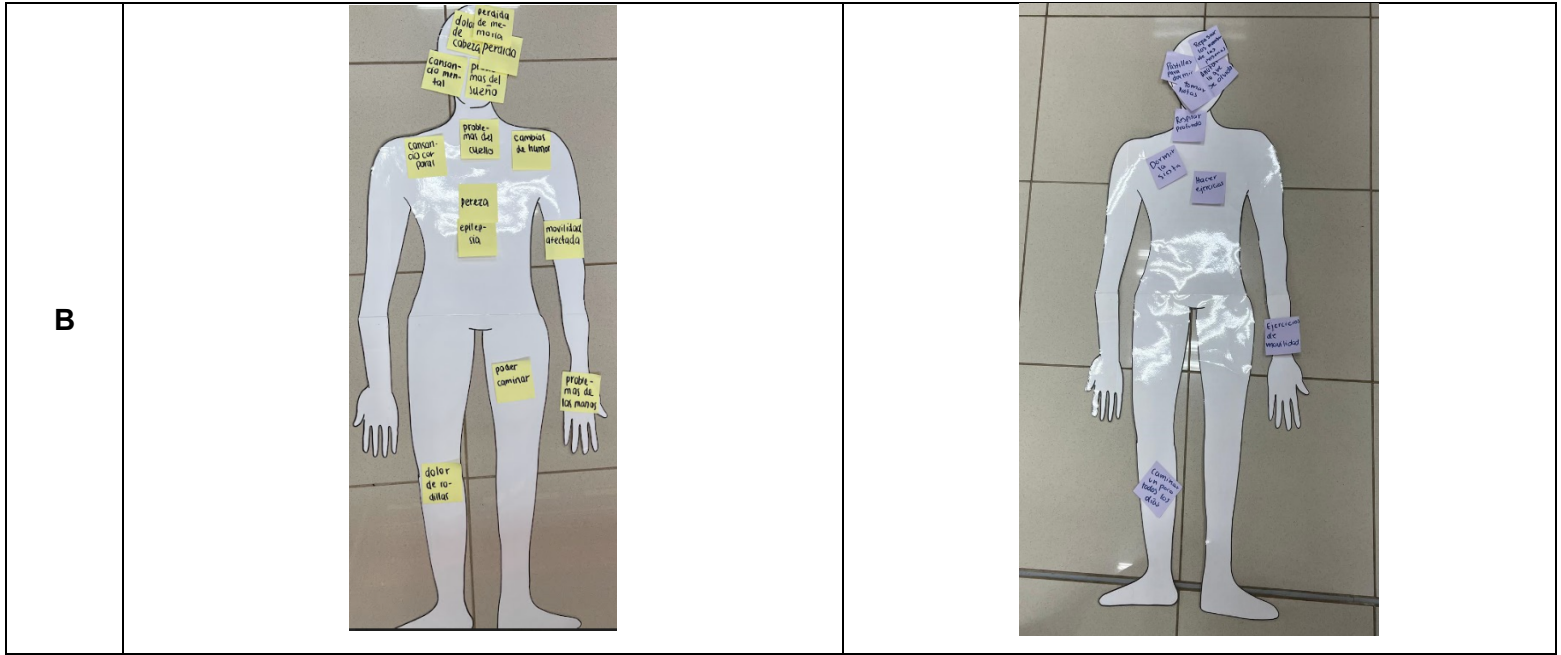
Rúbrica de evaluación

	3	2	1
Facilitación del taller	Me sentí muy satisfecho/satisfecha	Estuvo bien, pero podría mejorar	Me sentí poco satisfecho/satisfecha
¿Qué me pareció el taller?	Todo me quedó muy claro	Bien, pero me costó entender a veces	Difícil de entender
Temas del taller	Útiles para mi proceso de rehabilitación	Algunos interesantes, otros no tanto	No se relacionan con mi experiencia
Algún comentario adicional:			

Anexo 13. Resultados de las actividades desarrolladas en los talleres para la identificación de secuelas asociadas al DCA y sus posibles herramientas y estrategias para el ajuste

Taller #1: Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales

	Actividad 1	Actividad 2
Grupo	Figura humana: Identificación de secuelas cognitivo-conductuales del DCA, por parte de los participantes	Figura humana: Identificación del uso de estrategias o herramientas ante las secuelas cognitivo-conductuales del DCA, por parte de los participantes
A		



Taller #2: Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje

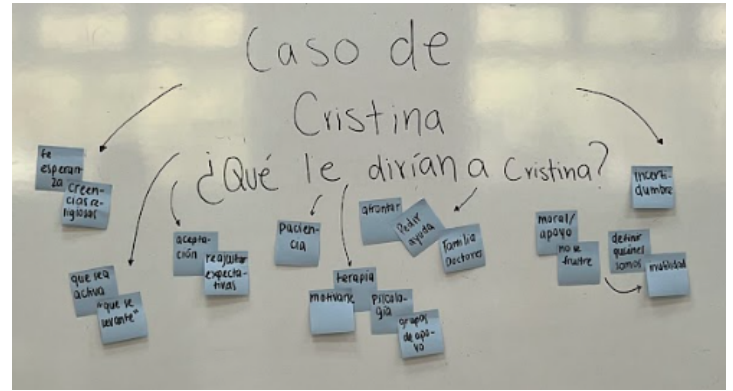
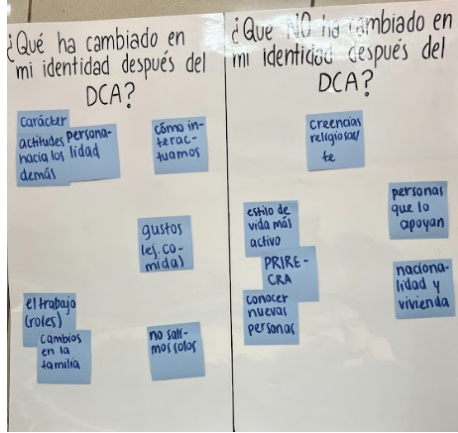
Grupo	Actividad 1	Actividad 2
o	<p><i>Metáfora del árbol: Identificación de las secuelas emocionales en relación con el DCA, por parte de las personas participantes</i></p>	<p><i>Metáfora del árbol: Identificación del uso de estrategias o herramientas ante las secuelas emocionales del DCA, por parte de las personas participantes</i></p>
A		

<p>B</p>		
-----------------	--	--

Taller #3: ¿Quién soy después del DCA?

Grupo	Actividad 1	Actividad 2
		<p>Cartel comparativo: Identificación de secuelas psicosociales del DCA, por parte de las personas participantes</p>
<p>A</p>		

B



Anexo 14. Registro de las sesiones de los talleres

Taller #1: Comprendiendo mis acciones después del DCA. Herramientas para afrontar las secuelas cognitivas y conductuales



Taller #2: Aprendiendo de mis cambios emocionales después del DCA. Estrategias para su abordaje



Anexo 15. Rúbricas de evaluación sobre el cumplimiento de los objetivos específicos del proyecto por parte de la población beneficiaria

Rubrica de evaluación de los talleres

1. Recuerdo lo que aprendimos en los talleres.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

2. Los talleres me ayudaron a identificar las secuelas más comunes del daño cerebral adquirido.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

3. Aprendí estrategias y herramientas para afrontar las secuelas del daño cerebral.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

4. El grupo de apoyo me ha ayudado a comprender mejor mi condición.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

5. El grupo de apoyo me ha ayudado a afrontar mejor mis secuelas.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

6. Me siento bien al interactuar con otras personas en el grupo de apoyo.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

**Rubrica de evaluación de los materiales
psicoeducativos**

1. ¿Siente que el material que vimos hoy es útil para comprender más a fondo las secuelas del DCA?

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

2. ¿Siente que el material que vimos hoy es un apoyo para el manejo de las secuelas del DCA

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

3. Consideran que el material que vimos hoy es amigable, fácil de utilizar, y comprensible.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

La siguiente pregunta SOLO la contestan las personas acompañantes.

4. La información en el panfleto y el manual para acompañantes y familiares les ayudará a poner en práctica los hábitos de autocuidado.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

Anexo 16. Rúbrica de evaluación sobre la experiencia y participación en el protocolo de acompañamiento psicoeducativo por parte de la población beneficiaria

Rubrica de evaluación después de haber completado el programa

1. Me siento mejor acerca de mi situación después de haber participado en el programa.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

2. Los aspectos del programa fueron beneficiosos para mi comprensión y manejo del daño cerebral adquirido.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

3. El grupo de apoyo ha influido positivamente en mi capacidad para manejar las secuelas del daño cerebral.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

4. Participar en el grupo de apoyo ha sido beneficioso para mí.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

5. Los aspectos del grupo de apoyo son valiosos para mí.

Sí	Más o Menos	No
----	-------------	----

Anexo 17. Registro de la sesión de presentación de materiales psicoeducativos y retroalimentación sobre la participación en el protocolo

