

## **UN CASO DE PRÁCTICAS: el trabajo con un afectado grave y su familia en fase aguda**

Durante nuestra estancia de prácticas en la Mutua ASEPEYO, estuvimos trabajando de manera continua con un paciente ingresado en la UCI y con su familia con el fin de encontrar recursos que sirvieran para mejorar la comunicación entre ellos.

El afectado es un hombre de 57 años de edad que el pasado mes de julio sufrió un accidente laboral en el que cayó desde una altura de seis metros sufriendo un TCE grave con una lesión axonal difusa.

En nuestro primer contacto con el afectado, éste se encuentra en estado de coma vigil. Así pues, presenta una serie de capacidades muy limitadas, pues casi no abría los ojos, no podía comunicarse verbalmente, muscularmente estaba muy rígido, era incapaz de transmitir información no verbal. Todos estos aspectos influían en la dificultad con la que se encontraba la familia a la hora de querer interactuar y comunicarse con él.

### **Observación de las habilidades y límites de la familia**

Hay que mencionar que la actitud de sus familiares era muy buena ya que estaban muy implicados en conseguir comunicarse con el paciente, pues utilizaban una estrategia que consistía en observar las pulsaciones a través del monitor para así enterarse del estado en lo que se encontraba. De este modo, llegaron a observar que estas aumentaban cada vez que uno de los miembros de la familia se marchaba. Por ello, optaron por no despedirse de él.

Otra forma de comunicación que utilizaban era la verbal. Para ellos resultaba fácil interactuar de esta manera, pero realmente para el afectado no acababa siendo del todo adecuado porque la fluidez que empleaban provocaba un incremento en el grado de cansancio que lo reflejaba a través de las pulsaciones. También se comunicaban mediante el tacto, aunque este lo efectuaban en diferentes partes del cuerpo y al mismo tiempo y lo hacían dos miembros a la vez, algo que no acababa de ser del todo efectivo.

Estos aspectos observados nos permitieron darnos cuenta de los límites que presentaba la familia a la hora de comunicarse e interactuar con el afectado. Así es que nos propusimos diseñar un proyecto de intervención en el que pudiéramos ofrecer una serie de herramientas que permitieran restablecer el vínculo comunicativo entre paciente - familia.

### **Planteamiento y objetivos de la Modulación Pedagógica en el caso**

Los objetivos planteados en nuestra intervención eran los siguientes:

1. Estimular la interacción y la comunicación entre la familia y el paciente.

2. Enseñar a los familiares los micromovimientos (técnica del concepto de Estimulación Basal) para ofrecer una actividad a través de la cual se puedan comunicar.
3. Conocer las iniciativas de movimiento del paciente y la resistencia a las propuestas corporales.
4. Ofrecer al paciente diferentes recursos para dotarle de una mayor conciencia corporal (en este caso, la cabeza y los brazos en concreto).
5. Dotar a la familia de diferentes ideas para trabajar con el afectado directo.
6. Experimentar la vivencia, por parte de la familia, de todas las propuestas de movimiento planteadas.
7. Generalizar, por parte de la familia los aprendizajes vinculados al movimiento a otras situaciones.

Tal y como se puede observar, optamos por trabajar ofertas somáticas y vestibulares enmarcadas dentro del concepto de Estimulación Basal, ya que las considerábamos necesarias para que la familia las pudiera compartir con el afectado, pues permitía que se pudieran comunicar entre ellos, a partir de escuchar con las manos, al tiempo que también pretendíamos que acabara influyendo en la forma que utilizaban para tocar y mover la cabeza del afectado.

### **Desarrollo del proceso de MP**

El proceso que hemos seguido para llegar a la consecución de los objetivos propuestos, se divide en tres actividades diferentes:

1ª. Lo primero que hacíamos era experimentar el ejercicio con el afectado para observar su respuesta hacia el desarrollo del mismo y así asegurarnos de su efectividad.

2ª. Simultáneamente se iba informando a la familia del trabajo vestibular que se iba realizando con el afectado a fin de que fueran conocedores de este. Esto también era una manera de acceder a la segunda actividad planteada que hacía referencia a llevar a cabo sesiones vivenciales y de orientación con la familia.

Hay que decir que en este proceso ya somos conscientes de lo que puede hacer y no puede hacer el familiar. El/la modulador/a pedagógico/a es el/la responsable de encontrar herramientas que sirvan para aproximar la familia al paciente, así es que también se encarga de dar las pautas necesarias para que los familiares puedan utilizar correctamente la actividad para así asegurarse de que se establece el vínculo comunicativo.

3ª. Una vez los familiares han vivenciado la actividad, optamos por realizar sesiones de traducción simultánea, es decir, presenciales y compartidas entre afectado - familia. Son básicas y fundamentales en la Modulación Pedagógica ya que son las que caracterizan su esencia.

Trabajar en el ámbito hospitalario, como modulador/a pedagógico/a, requiere improvisar constantemente las actividades en función del momento y la necesidad del afectado. De esta manera, decidimos trabajar el área somática con el usuario antes de hacerle vestibular, ya que considerábamos que era una forma menos invasiva de contactar. La familia también se adaptó al momento, pues no pudieron aplicar el aprendizaje alcanzado. Así, en una de las sesiones decidieron aplicarle modelaje y fue cuando se obtuvo la respuesta que logramos en las sesiones individuales.

En la última sesión, experimentamos como el paciente había encontrado un canal comunicativo a través de los micromovimientos en los dedos de la extremidad superior izquierda. Así, decidimos traspasar la información a la familia para utilizarla como herramienta de interacción. Hay que mencionar que la familia inicialmente no da importancia a esta actividad espontánea del paciente, por lo tanto, nosotros como moduladores/as pedagógicos/as nos tenemos que encargar de transformarla en algo con valor, es decir, en un recurso desde del cual ellos puedan relacionarse y comunicarse con el afectado.

### **Conclusiones del caso**

De esta manera, en este momento entró en juego la función del/la modulador/a pedagógico/a y es en este instante en el que tuvimos que poner en marcha los aspectos que habíamos trabajado anteriormente con el usuario con el fin de orientar al familiar a trabajar esta nueva forma de relación.

Por lo que se refiere a la consecución de los objetivos y teniendo en cuenta la complejidad del proceso, no se han podido llevar a la práctica todos ellos. No obstante, creemos conveniente especificar y justificar tanto los que hemos logrado poner al alcance de la familia y el paciente como los que no ha sido posible.

Los que hemos logrado llevar a cabo han sido los siguientes objetivos:

**1.** Estimular la interacción y la comunicación entre la familia y el paciente → Hemos ofrecido diferentes herramientas que permiten a ambos poder utilizar otras formas de comunicación muy diferentes a las que empleaban antes del accidente. Con éstas, también, pretendemos facilitar la interacción entre ellos, adaptándonos a sus necesidades, características y al momento.

**2.** Enseñar a los familiares los micromovimientos (técnica del concepto de Estimulación Basal) para ofrecer una actividad a través de la cual se puedan comunicar → En la última sesión pudimos ser partícipes de la gestión en modulación pedagógica a través de los micromovimientos. Si bien es cierto, no logramos profundizar al máximo, pues nuestra estancia de prácticas finalizaba el mismo día en que nos dimos cuenta que el afectado respondía a tales micromovimientos. No

obstante, creímos conveniente traspasar esta mínima información a la familia y así dejar un canal comunicativo abierto en el que se debe continuar trabajando y estimulando.

**3. Conocer las iniciativas de movimiento del paciente y la resistencia a las propuestas Corporales** → A partir de las sesiones individuales con el afectado, pudimos experimentar cuáles eran sus iniciativas de movimiento así como aquellas a las que se oponía. Para la consecución de éste, se requiere mucha concentración y atención, pues generalmente las iniciativas de movimiento así como la resistencia no suele verse, se siente, y es por ello que nuestro foco de atención debe ser única y exclusivamente el paciente.

**4. Ofrecer al paciente diferentes recursos para dotarle de una mayor conciencia corporal** (en este caso, la cabeza y los brazos y manos en concreto) → A través del trabajo somático, vestibular y micromovimientos hemos ofrecido diferentes herramientas al afectado para que pueda ser conciente de su cuerpo. No obstante, consideramos que nuestro trabajo ha consistido en dejar forjada la cimentación sobre la que se debe soportar muchos más recursos que faciliten, al afectado, una mayor conciencia corporal.

**5. Dotar a la familia de diferentes ideas para trabajar con el afectado directo** → Las sesiones que hemos llevado a cabo con la familia nos han servido para proporcionarles recursos que puedan emplear en conjunto con el afectado de tal manera que les permita interaccionar y comunicarse con él. Consideramos que todas aquellas ideas que se les pueda ir traspasando, nunca son suficientes. Por ello, dada nuestra limitación temporal y valorando nuestro trabajo semanal con la familia, pensamos que hemos logrado la consecución de éste, aunque hay que remarcar que queda mucho trabajo pendiente.

**6. Experimentar la vivencia, por parte de la familia, de todas las propuestas de movimiento planteadas** → En Modulación Pedagógica, cada una de las herramientas que se ofrece a la familia conlleva su posterior experimentación por parte de ésta. Es decir, tomamos a la familia como partícipes en las diferentes actividades para que puedan sentir a partir de la vivencia, las propuestas que tratamos de ofrecerles. De esta manera, toman un mayor significado.

El objetivo que no hemos logrado llevar a cabo es:

**7. Generalizar, por parte de la familia los aprendizajes vinculados al movimiento a otras situaciones** → Debido al tiempo, nos ha sido completamente imposible observar la consecución de éste. Pues no deja de ser igual de importante que los otros ya que, a partir de éste, pretendemos que la familia tome conciencia de la importancia que supone realizar los movimientos suaves y lentos en otras situaciones como pueden ser la de tocar y mover la cabeza del afectado. No obstante, consideramos que el tiempo jugará a nuestro favor y que a partir de la asimilación y mayor puesta en práctica de dichos recursos, se podrá conseguir la obtención de este objetivo.

A modo de conclusión final, volvemos a remarcar la importancia de continuar trabajando los recursos ofrecidos hasta el momento, así como la observación activa de las iniciativas de micromovimiento del afectado, pues estamos seguros que trabajando des de este camino, el cual nos abrió el mismo paciente, iremos encontrando diferentes maneras en las que éste pueda interactuar y comunicarse con nosotros y sobre todo, con la familia. Por lo que refiere a esta última, debemos continuar haciéndola partícipe de las diferentes actividades que puede desarrollar con el afectado, así como acentuar el trabajo de los micromovimientos ya que por ahora es un buen recurso en el que el paciente ha encontrado una nueva forma de comunicación.

***Miguel Ángel Moncho y María Gutiérrez.***  
*(alumnos en prácticas de 5º de Pedagogía de la URV)*