



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

División de Estudios Profesionales

**Propuesta de terapia familiar grupal con pacientes adultos en  
rehabilitación física**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

Que para obtener el título de

**Psicóloga**

**PRESENTA**

Carolina Ramos Díaz

**Directora de Tesis:**

Dra. Luz Ma. Rocha Jiménez

**Sinodales:**

Lic. Ma. Eugenia Gutiérrez Ordoñez.

Lic. Guadalupe Osorio Álvarez.

Mtra. Silvia Vite San Pedro.

Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa

Ciudad Universitaria, México D.F., Agosto 2016.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



# ÍNDICE



	Página.
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
I PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	7
1.1 Objetivo General del Programa.....	7
1.2 Objetivos específicos del Programa.....	7
II CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN.....	8
2.1 Misión.....	9
2.2 Visión.....	10
2.3 Diagrama de la Institución.....	11
2.4 Servicios del Instituto.....	12
2.5 Diagrama Procedimiento de Ingreso del Paciente.....	17
2.6 Glosario de Enfermedades.....	19
III DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.....	22
3.1 Tareas desempeñadas en el área de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje.....	23
3.2 Tareas desempeñadas en el Área de Rehabilitación.....	28
IV OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL.....	35
V SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO .....	35

6.1	Conceptos generales de Rehabilitación.....	35
6.2	Impacto de la Rehabilitación en la Familia.....	40
6.3	Intervención Psicológica en áreas de Rehabilitación.....	43
6.3.1	Intervención en crisis.....	43
6.3.2	Terapia de Duelo.....	44
6.3.3	Terapia Familiar Grupal.....	46
6.3.4	Programas de rehabilitación en casa.....	49
VI	RESULTADOS CUALITATIVOS DEL SERVICIO SOCIAL.....	50
VII	TERAPIA FAMILIAR GRUPAL A PACIENTES ADULTOS EN REHABILITACIÓN.....	53
7.1	Objetivo de la Propuesta.....	53
7.2	Situación de los pacientes.....	53
7.3	¿Por qué Terapia Familia?.....	54
7.4	¿Por qué Terapia Familiar Grupal?.....	57
7.5	Proceso de Admisión a la Terapia Familiar Grupal.....	61
7.6	Proceso Terapéutico de la Terapia Familiar Grupal.....	62
7.6.1	Fase Inicial.....	62
7.6.2	Fase Intermedia.....	69
7.6.3	Fase Final.....	79
VIII	REFLEXIÓN.....	86
IX	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
X	ANEXOS.....	92

---

# Resumen

---

*El presente Informe pretende reportar el trabajo realizado durante un periodo de 6 meses como prestadora de Servicio Social en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en donde realicé actividades enfocadas en dos áreas: el área de Audiología, Foniatría y Patología del lenguaje, y en el área de Rehabilitación Física.*

*Asimismo expondré los resultados cualitativos obtenidos de los pacientes atendidos en cuanto al impacto de la intervención clínica lograda a través del apoyo psicológico ofrecido, así como la implicación de los Familiares y el impacto que su dinámica familiar tiene en los efectos para la rehabilitación de sus enfermos.*

*Como parte de estos resultados, describo una serie de observaciones realizadas en cuanto a las deficiencias y áreas de oportunidad encontradas en el ámbito de la Intervención Psicológica en pacientes en Rehabilitación Física, fundamentado en Teorías sobre la psicología Dinámica en el marco de la Psicoterapia Familiar, tales como la Teoría Sistémica de la Familia, la Teoría del duelo Familiar (Neimeyer); así como soporte metodológico acerca de Intervenciones familiares en enfermedades incapacitantes (Weihs, Fisher y Baird), Modelos de Terapia Estructural (Minuchin), Modelo de Intervención en crisis (Pitman y Caplan), Modelo de Terapia Familiar Grupal (Smith), entre otras, a partir del cual baso el diseño de mi propuesta de mejora.*

*Finalmente presento una reflexión resultante de todo el trabajo realizado y describiré una propuesta de intervención en el área de relaciones familiares en pacientes adultos en rehabilitación física, partiendo de un modelo Intervención Terapéutica Familiar y Grupal.*

# INTRODUCCIÓN

El presente trabajo contiene la descripción de las actividades realizadas como prestadora de Servicio en el Instituto Nacional de Rehabilitación, así como los resultados cualitativos obtenidos del apoyo psicológico ofrecido en el área de Foniatría y Patología del Lenguaje; y el área de Rehabilitación Física, y finalmente el diseño de una propuesta de intervención de Terapia Familiar grupal para pacientes adultos en rehabilitación física.

Dentro de los objetivos principales de este trabajo es promover la importancia y necesidad de la atención integral a los pacientes en rehabilitación con sus familias a través de una propuesta de mejora que consiste en una intervención con enfoque familiar que permita a los familiares adquirir información oportuna, desarrollar habilidades de afrontamiento a través de un proceso de ayuda y acompañamiento psicológico profesional para potenciar la calidad de vida de los familiares con sus enfermos.

En las áreas de rehabilitación, el papel del psicólogo es minimizar el impacto de la discapacidad, optimizar las habilidades de afrontamiento, favorecer la recuperación de roles familiares y sociales, minimizar el impacto de la situación de discapacidad en la organización familiar, reestructurar el proyecto vital y favorecer el proceso de adaptación. Para ello se realiza el trabajo con el paciente con respecto a los duelos, aceptación de su condición, rehabilitación ocupacional, entre otros, por lo que como objetivo general de esta intervención está el generar una integración del paciente y su tratamiento con su familia, con la finalidad de que tenga una mejor calidad de vida.

El diseño de esta propuesta es consecuencia de los resultados cualitativos obtenidos durante el servicio social, los cuales demuestran el impacto significativo en la rehabilitación física del paciente derivado de un apoyo psicológico óptimo a través del cual se les brinda atención psicológica individual a los pacientes y en ella se trabajan temas de duelos, información sobre su enfermedad, sensibilización con el compromiso con sus terapias, y/o psicoterapia individual como tal a través de la cual se pretende lograr la mayor independencia posible del paciente con su familia y la recuperación de su vida cotidiana.

Sin embargo, desde el momento en que al paciente se le diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario y/o un proceso largo de rehabilitación física, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales.

Estas alteraciones sin duda, tienen un impacto importante en la dinámica familiar, especialmente con la relación con el paciente, de manera que limitan su rehabilitación y dificulta su interacción con la familia.

Tomando en cuenta que los apoyos sociales son fundamentales para cualquier ser humano, en especial para aquellos que atraviesan por una situación difícil, la familia es considerada como una de las principales y más importantes redes de apoyo, por lo que una buena interacción y dinámica familiar son fundamentales en el desarrollo, crecimiento y en este caso, rehabilitación física de los pacientes.

Por otro lado, la forma más eficaz de contrarrestar las reacciones de los pacientes es ofreciendo apoyo y solidaridad mediante una respuesta empática, de manera que una intervención integral pudiera cubrir tales necesidades. Para la intervención que presento, la metodología propuesta se basa en una intervención de tipo Terapia Familiar Grupal, la cual es una forma especial de terapia en la cual un grupo pequeño de familias compuestas por los miembros más cercanos de los pacientes se reúne, guiado por un Psicoterapeuta profesional, con el objetivo de apoyarse mutuamente a través de identificarse con otros familiares en la misma situación. Esta forma de terapia es de uso muy extendido, pues consta de una serie de técnicas que se encaminan a fortalecer los vínculos que unen a los miembros de un sistema familiar, con el fin de que resulten sanos, eficaces y capaces de estimular el progreso de los miembros.

Una de las aportaciones más básicas de la psicología es que las personas reducen la ansiedad al pertenecer a un grupo. La pertenencia de los familiares a un grupo, favorece la asimilación de información que se les transmite, el acercamiento de esa información al contexto familiar y la interpretación de su vida cotidiana. Por lo que mi interés en dicha propuesta tiene como fundamento una intervención de tipo grupal familiar.

En ella se provee un espacio en el que los familiares puedan compartir los problemas e inquietudes, comprender mejor la realidad que nos rodea, y aprender junto con las demás participantes del grupo, sobre todo con sus pacientes.

Pretenden ser grupos de ayuda, autoconocimiento y mejora de las relaciones interpersonales. Ayudan a realizar cambios importantes para mejorar la armonía en nuestra vida y con ello favorecer a la rehabilitación física de sus familiares enfermos, objetivo que nunca debe perderse de vista, que es: aumentar la calidad de vida de los pacientes con sus familiares.



# I PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

## Instituto Nacional de Rehabilitación

En el periodo comprendido del 11 de Septiembre de 2014 al 13 de Abril de 2015 fui prestadora de servicio social en el Programa "Atención Psicológica en áreas de Rehabilitación", cumpliendo un total de 480 hrs. Durante mi servicio social participé en dos áreas que pertenecen a las especialidades de Foniatría y Patología del Lenguaje; y el área de Rehabilitación.

### **1.1 Objetivo General del Programa:**

Proporcionar Atención Psicológica a pacientes con problemas de comunicación humana, ortopedia o Rehabilitación.

### **1.2 Objetivos Específicos del Programa:**

1. Adquirir habilidades en el manejo de pruebas psicométricas, interpretación y taxonomía diagnóstica.
2. Adquirir conocimientos y habilidades para el manejo de técnicas de intervención: terapia de juego, Orientación familiar y psicoterapia individual.

Las actividades que desempeñé como prestadora de Servicio Social durante el periodo comprendido de Septiembre 2014 a Diciembre 2014 en el área de Foniatría y Patología del Lenguaje son las siguientes:

1. Evaluaciones Psicométricas en niños con problemas de lenguaje.
2. Observación directa de Orientación Familiar a padres de pacientes niños con problemas de lenguaje.
3. Terapia de Juego

Durante el periodo comprendido de Febrero de 2015 a Abril de 2015 realicé las siguientes actividades en el área de Rehabilitación física:

1. Observación directa de la entrevista clínica.
2. Observación directa de la intervención terapéutica (Psicoterapia).

## II CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), ubicado en Calzada México Xochimilco No. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, Delegación Tlalpan, C.P. 14389, es una Institución única en su género en México y América Latina, cuya misión es abatir la incidencia de la discapacidad que generan en una importante proporción, los servicios de atención médica que reducen la letalidad a expensas de dejar secuelas discapacitantes.

El Instituto Nacional de Rehabilitación no es un nuevo hospital, es una Institución de transformación y de cambio.

De Transformación, porque la atención médica, a través de la investigación científica, ofrecerá eficaces modelos de prevención, de resolución (curación) definitiva, a un alto porcentaje de discapacidades.

De Cambio, porque el Sistema Nacional de Salud, es alimentado y enriquecido permanentemente con los avances de una medicina de excelencia y eficacia en la atención de la discapacidad, dejando atrás el paradigma de hospital que al atender enfermedades y lesiones, éstas generan la mayor parte de la discapacidad.

El Instituto Nacional de Rehabilitación, es la culminación del esfuerzo, que desde 1973, inició la Secretaría de Salud y Asistencia y el Gobierno de la República Mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), para ofrecer a la población en general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad), una Institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país bajo el lema: Ante Necesidades Específicas, Soluciones Concretas.

El 23 de junio de 2005 obtuvo la denominación actual de Instituto Nacional al ser publicado en el Diario Oficial, ya que anteriormente se denominaba Centro Nacional de Rehabilitación.

## 2.1 MISIÓN

Apoyar al Sistema Nacional de Salud para impulsar acciones de prevención de la discapacidad y mejorar la atención a personas con discapacidad. Proporcionar servicios de calidad para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, cardiorrespiratorio y de todo tipo así como lesiones deportivas, con la aplicación de los más avanzados conocimientos científicos y empleando tecnología de punta, para obtener los mejores resultados, con un alto sentido humanista y abarcando integralmente los aspectos físico, psicológico, social y ocupacional de cada paciente, con la participación activa del equipo multidisciplinario que incluye la intervención de la familia y la comunidad.

Formar y capacitar recursos humanos para la rehabilitación, con la mejor participación científica y humanista, que puede emplear equipos y tecnología de punta; con una actitud de superación continua; con aptitudes para la docencia y con capacidad para la investigación científica; que puede actuar como líderes del equipo benéfico social en su especialidad.

Desarrollar investigación científica que permite el más amplio y preciso conocimiento de los fenómenos epidemiológicos de la discapacidad; de las acciones para prevenirla y detectarla precozmente; de sus mecanismos fisiopatológicos y de aquellos que actúan para su recuperación o compensación; de la substitución de órganos, tejidos y funciones dañadas; de los recursos de diagnóstico y tratamiento y del desarrollo tecnológico para la producción de prótesis, órtesis, implantes y ayudas técnicas, así como de los aspectos de la familia y la comunidad relacionados con este problema.

## 2.2 VISIÓN

El Instituto Nacional de Rehabilitación será la institución líder en el campo de la prevención y rehabilitación de discapacidades diversas. Formará parte de los Institutos Nacionales de Salud, será la institución médica de más prestigio en su campo en el país y estará ubicado entre las instituciones médicas más altamente calificadas y certificadas a nivel nacional e internacional. Será el Instituto donde se desarrolla la investigación, básica, clínica y tecnológica de más alto nivel en materia de discapacidad.

Contará con infraestructura y tecnología de punta, con una amplia y completa red informática que lo convertirá en el primer hospital inteligente de América Latina. Tendrá una estrecha relación con los Institutos Nacionales de Salud, complementando sus acciones, bajo convenios de coordinación.

Asimismo, establecerá intercambio con universidades, institutos, hospitales y organizaciones nacionales e internacionales, será centro asesor de la Organización de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Contará con personal altamente calificado. Su personal médico estará constituido por especialistas certificados, con subespecialidad, maestría o doctorado, con adiestramiento en el extranjero en Instituciones de reconocido prestigio, y con vocación por la vida institucional, la enseñanza, la investigación y la vida académica. Se implementará el servicio civil de carrera en el ámbito hospitalario. Lo que permitirá contar con médicos de tiempo exclusivo, lo que representa la dedicación de todo el esfuerzo al servicio de la institución y de la comunidad, sin desviar su atención ni diversificar su actividad. Tendrán como estímulos adicionales, el ingresar al Sistema Nacional de Investigadores, la impartición de cátedra, la realización de cursos y conferencias y la publicación de libros científicos.

El personal paramédico será, asimismo, altamente calificado, con enfermeras y terapeutas especializados, con adiestramiento fuera del país y con capacidad para proporcionar atención de excelencia, así como para la enseñanza y la investigación.

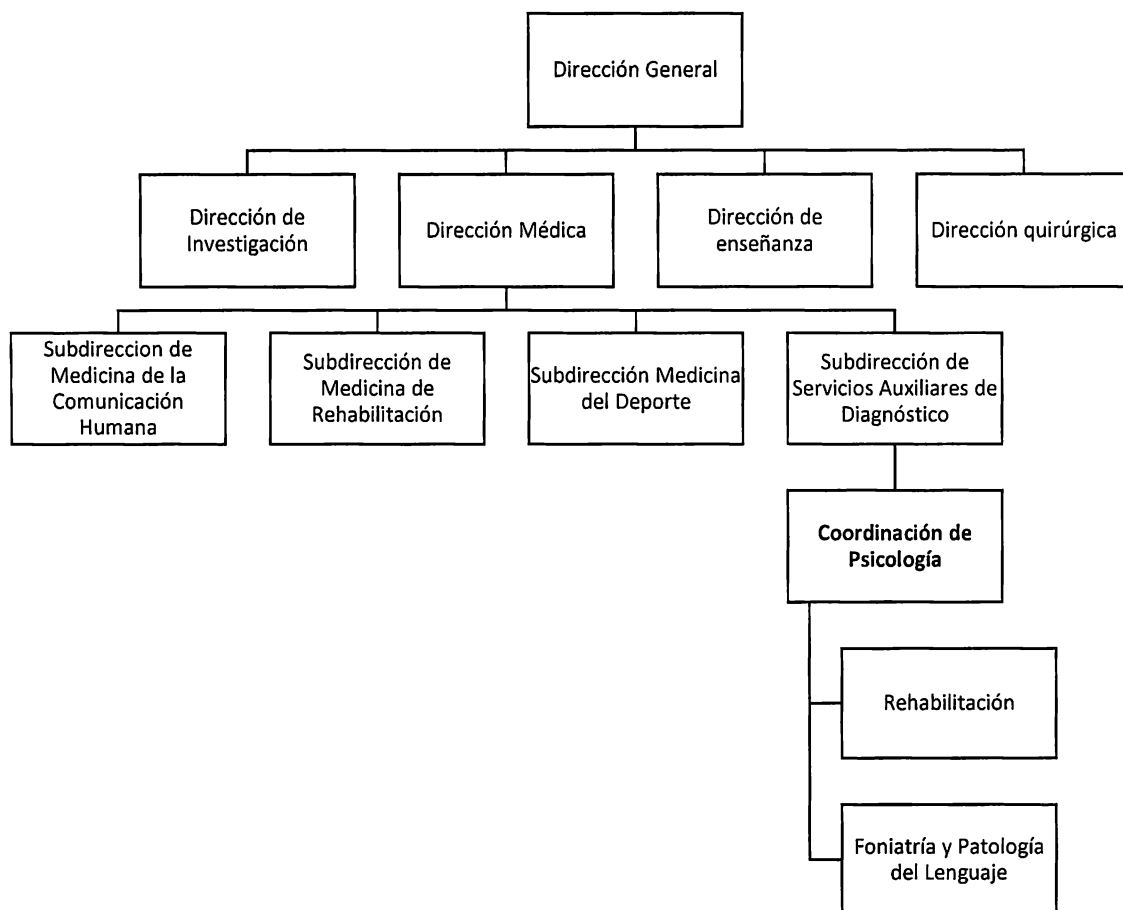
Los recursos humanos administrativos también deberán estar altamente calificados y desarrollar actividades de tipo académico en el campo de administración de hospitales.

El Instituto Nacional de Rehabilitación, contará con ingresos propios de apoyo al presupuesto federal, los cuales serán producto de las cuotas de recuperación fijadas a los usuarios de acuerdo a su nivel socioeconómico. Se ofrecerán servicios de tipo privado con costos similares a los hospitales equiparables del sector privado. También se contará con un patronato para la obtención de donativos y recursos adicionales. Una fuente de ingresos significativa será la relativa a los servicios de medicina del deporte a equipos profesionales.

Los servicios de atención médica del Instituto Nacional de Rehabilitación, serán de excelencia y estarán dirigidos a problemas que requieran de alta especialización. Los casos que se atiendan deberán tener seguimiento longitudinal y la evaluación de resultados a corto, mediano y largo plazo. El aspecto más importante de esta evaluación, estará constituido con la satisfacción del paciente y su integración a la vida social y productiva.

En el diagrama siguiente se ilustra la organización del hospital:

### 2.3 Diagrama de la Institución



**Diagrama 1.** Diagrama General de la Institución (Ver Apéndice "A").

## **2.4 Servicios del Instituto Nacional de Rehabilitación.**

En el Instituto Nacional de Rehabilitación se ofrecen las siguientes especialidades médicas:

- Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje
- Medicina de Rehabilitación
- Medicina del Deporte
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Ortopedia
- Servicios Auxiliares de diagnóstico y Tratamiento: Psicología.
- Anestesiología

Cada una de estas especialidades ofrece diversos servicios y cuenta con criterios específicos y requisitos de admisión, es decir, se atienden ciertas enfermedades en etapas específicas, y para cuyo tratamiento o seguimiento se ofrecen los diversos servicios de cada una, si así lo requiere el paciente.

Dentro del área Auxiliar de diagnóstico y tratamiento se encuentra el servicio de Psicología, el cual, como su nombre lo dice, es auxiliar para las áreas médicas anteriormente enlistadas, lo que significa que cada especialidad puede recurrir al servicio de Psicología para la aplicación de pruebas psicométricas de inteligencia, realización de diagnósticos, y/o intervención psicológica según lo requiera el caso del paciente.

Cabe mencionar que el Instituto está regido por un enfoque médico, por lo que el área de psicología solo funge su función auxiliar de diagnóstico y tratamiento, de manera que el paciente sólo solicita este servicio en el caso de que su médico de base así lo determine o requiera, pues también, el médico es quien determina un diagnóstico final, tomando en cuenta los informes de los servicios auxiliares.

Durante mi estancia como prestadora de servicio colaboré en el servicio de Psicología dentro de las áreas de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje; y Rehabilitación.

A continuación describiré los servicios y procedimientos empleados en las dos áreas en donde realicé mi servicio social, con la finalidad de contextualizar el servicio ofrecido en el área de Psicología.

En el Área de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje se ofrecen los siguientes servicios:

- Audiología
- Patología del Lenguaje
- Foniatría
- Otoneurología
- **Psicología de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje**
- Terapia de Lenguaje
- Terapia de Aprendizaje
- Terapia de Voz, Habla y Deglución
- Terapia de Audición

Mi colaboración en esta área fue en el servicio de Psicología, en donde son recibidos los pacientes cuyos médicos de base requieren una evaluación del paciente para su impresión diagnóstica y la determinación de la admisión del paciente a terapia de lenguaje. Dicha evaluación consta de una serie de pruebas psicométricas que determinarán el Coeficiente Intelectual del paciente (CI), con lo que el médico, de acuerdo a los criterios de admisión, entre ellos la edad y un CI igual o mayor a 70 puntos, determinará si el paciente es candidato o no a ser ingresado al Instituto.

Aquellos pacientes que no cumplen con los criterios de ingreso son canalizados a otras Instituciones con la finalidad de que reciban la terapia adecuada.

Además, el departamento de psicología en esta área, también ofrece otros servicios como Orientaciones Familiares, intervención de tipo Terapia de Juego, así como talleres extras al servicio como talleres para padres, manejo de límites, lenguaje de señas, entre otros.

Por otro lado, también colaboré en el servicio de Psicología dentro del área de Rehabilitación, en donde se brinda apoyo psicológico a pacientes que fueron ingresados a un proceso de rehabilitación física con la finalidad de optimizar o promover dicha recuperación a través de sensibilización al paciente sobre su enfermedad, apoyo psicológico, manejo del duelo, orientación familiar, entre otros.

En el área de Medicina de Rehabilitación, se ofrecen los siguientes servicios:

- Rehabilitación de Amputados
- Rehabilitación Cardíaca
- Rehabilitación de Columna
- Rehabilitación de Medicina del Deporte
- **Rehabilitación de Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC)**
- **Traumatismo Craneoencefálico (TCE)**
- Rehabilitación Geriátrica
- Rehabilitación Laboral y Educativa
- Rehabilitación de Lesión Medular
- Rehabilitación Osteoarticular
- Rehabilitación Pulmonar
- Clínica de Osteoporosis
- Malformaciones Congénitas
- Neurología
- Parálisis Cerebral Infantil y Estimulación Temprana
- Prótesis y Órtesis
- Terapia Física
- Terapia Ocupacional

Los dos servicios resaltados en negritas cuentan con Servicio de Psicología, área en donde colaboré brindando apoyo psicológico a los pacientes que padecen de alguna de las enfermedades correspondientes a estas dos áreas en negritas.

Como aclaré anteriormente, esta área brinda sus servicios al área médica de rehabilitación cuyos pacientes previamente fueron admitidos de acuerdo a los criterios descritos a



continuación, atendidos y en proceso terapéutico, y algunos de ellos en proceso de hospitalización.

### ➤ **Criterios del área de rehabilitación de Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC)**

#### **Función del Servicio Médico:**

Atención en Materia de Rehabilitación a pacientes que han presentado una Enfermedad Vascul ar Cerebral y que se encuentran en etapa subaguda y clínicamente estable.

#### **Padecimientos que tratan Secuelas de:**

- Enfermedad Vascul ar Cerebral.
- Enfermedad de Parkinson.
- Esclerosis Múltiple.
- Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- Síndrome de Guillain Barré.

#### **Requisitos de Admisión:**

Los pacientes deben encontrarse en fase subaguda o en estado clínicamente estable:

1. Estado neurológico estabilizado con déficit significativo en al menos 2 áreas (movilidad, autocuidado, comunicación, control esfinteriano, deglución).
2. Capacidad cognitiva que permita seguir instrucciones.
3. Capacidad física para tolerar un programa de terapia activa.
4. Metas terapéuticas claras y realistas.

#### **Pacientes:**

Rehabilitación de Enfermedad Vascul ar Cerebral, Alteraciones del Movimiento, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerosis Múltiple, Guillain Barré.

### ➤ **Criterios Del Área De Rehabilitación En Traumatismo Craneoencefálico (TCE)**

#### **Función del Servicio Médico:**

- Investigación en relación a rehabilitación de las personas con discapacidad secundaria a TCE, secuelas de polio y neuropatías periférica de origen no traumático.

- Formación de recursos humanos en rehabilitación neurológica.
- Atención médica especializada de excelencia.

### **Padecimientos que tratan:**

- Discapacidad secundaria a traumatismo craneoencefálico.
- Complicaciones de TCE: (síndrome cerebeloso, espasticidad, encefalopatía anoxoiscuémica, alteraciones neurocognitivas).Neuropatías de etiología no traumática (metabólica, parálisis facial y secuelas de polio).

### **Requisitos de Admisión:**

- Pacientes adultos.
- Femeninos o Masculinos.
- Con discapacidad secundaria a TCE de 2 meses a 3 años de evolución.
- Clínicamente estables.
- Con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I o TIPO II metabólicamente estables.
- Neuropatía Diabética confirmada por Electro diagnóstico.
- Acepten estar bajo protocolo y firmen hoja de consentimiento informado.

En consecuencia, en el área de Psicología de Rehabilitación sólo son recibidos aquellos pacientes que fueron asignados a un médico de base por cumplir los requisitos de admisión. Una vez que al paciente se le ha asignado un médico de base para todo su tratamiento, el paciente es enviado también a terapia física, terapia ocupacional y psicológica. El médico tratante tiene la autoridad para solicitar otros servicios, incluso de otras especialidades, de acuerdo a las necesidades del paciente.

Asimismo, el área de Psicología también está facultada para determinar cuándo el paciente requiere de un servicio fuera del alcance del Instituto, como lo es el caso de aquellos pacientes que requieren atención Psiquiátrica. En estos casos, el paciente es canalizado a una evaluación psiquiátrica con los doctores Médico Psiquiatras del Instituto, pero dicha evaluación será utilizada para canalizarlos a otros centros o Instituciones, ya que, el Instituto no es un centro de Salud Mental, por lo que sus servicios en ese contexto, están limitados.

De manera general, el servicio de Psicología en todas las áreas de Especialidad, ofrece sus servicios como área auxiliar de diagnóstico y tratamiento del área médica correspondiente. El Terapeuta en Psicología forma parte del grupo interdisciplinario compuesto por fisioterapia, terapia de lenguaje, terapia ocupacional y Trabajo Social.

Ahora bien, el procedimiento empleado para la admisión y atención del paciente para cualquier especialidad se ilustra en el siguiente diagrama:

## 2.5 Procedimiento de Ingreso del Paciente

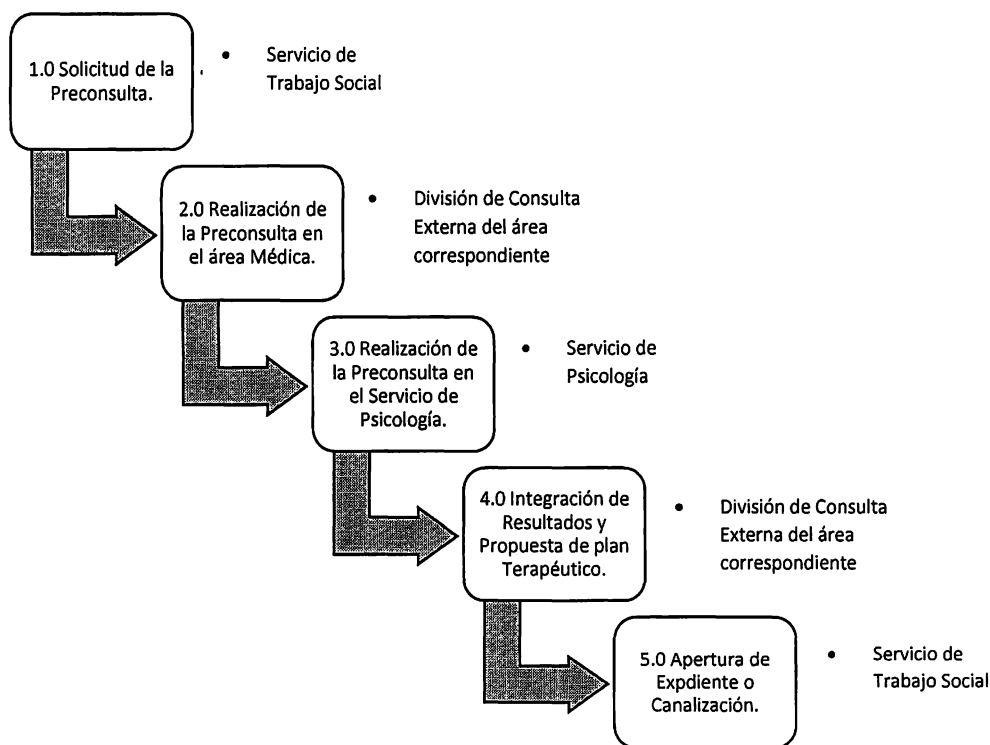


Diagrama 2. Adaptación del Diagrama General del Procedimiento de Ingreso del Paciente. (Ver Apéndice “B”).

### 1.0 Solicitud Preconsulta

La preconsulta es una valoración médica preliminar para definir si la atención de su problema médico corresponde al Instituto Nacional de Rehabilitación, de acuerdo a los criterios de admisión establecidos. Es solicitada en la Recepción del hospital con una receta médica del paciente en donde debe indicar su canalización al Instituto de Rehabilitación.

En la preconsulta no se lleva a cabo un tratamiento médico especializado, sólo es parte del procedimiento de ingreso. Es llevada a cabo por los médicos residentes, quienes de acuerdo a la valoración realizada, envían a los pacientes al área de especialidad correspondiente a su padecimiento o necesidad.

En caso de que el paciente no cumpla con los criterios de admisión para ser tratado en el Instituto, el médico residente lo canaliza a otra Institución.

\* **Si es aceptado como paciente** del Instituto, deberá continuar con el trámite de elaboración de Historia Clínica, apertura de expediente, emisión de credencial del paciente y elaboración de estudio socioeconómico, el cual tiene una vigencia de dos años.

Una vez que cuente con su credencial, podrá acudir a solicitar su cita a Consulta de Primera Vez en la especialidad que le hayan asignado.

## **2.0 Preconsulta en el área médica.**

El paciente solicitará una consulta de primera vez para atención de la especialidad que le corresponde. En esta consulta de primera vez, el paciente es asignado con un médico especialista quién será el encargado de llevar a cabo una revisión médica para determinar el diagnóstico y tratamiento del paciente.

El médico asignado será el encargado de dar el seguimiento al tratamiento del paciente, así como solicitar el servicio de otras áreas si así lo requiere para el tratamiento del paciente. El médico tratante es quien solicita la cita del paciente en el área de Psicología como auxiliar de diagnóstico.

## **3.0 Preconsulta en el área de Psicología.**

En el área de Foniatría y Patología del Lenguaje, la preconsulta consiste en hacer una valoración psicológica a través de pruebas psicométricas con el propósito de identificar, a grosso modo el trastorno de paciente, con la finalidad de seleccionar aquellos que son de nuestra competencia institucional y canalizar a los que no corresponden a las instancias institucionales.

En el área de Rehabilitación, la preconsulta consiste en hacer una entrevista clínica inicial con el propósito de realizar una historia clínica que permita identificar las necesidades del paciente y dar apoyo psicológico a través de una intervención clínica.

A nivel interno, el procedimiento permite dar atención psicológica oportuna a los pacientes ingresados al servicio.

A nivel externo, el procedimiento detecta a los pacientes con trastornos fuera del alcance del servicio y los canaliza a las instituciones especializadas.

#### **4.0 Integración de Resultados**

Tiene como objetivo integrar un informe por parte de cada área solicitada con el propósito de complementar el diagnóstico del paciente. El psicólogo interpreta resultados, emite una impresión diagnóstica, hace sugerencias terapéuticas y elabora un informe psicológico. Se integra el informe y se refiere al médico.

Todos los informes son realizados y guardados en la base de datos del sistema de Intranet del Instituto para que puedan ser revisados por todos los servicios del Instituto o personal médico que así lo requieran.

#### **5.0 Apertura del Expediente clínico**

Su objetivo es abrir un expediente clínico del paciente para que con él pueda hacer uso de todos los servicios necesarios con la finalidad de lograr una mejor rehabilitación. A partir de este paso, el paciente solicitará las citas correspondientes en el área de especialidad asignadas por el médico como parte de su seguimiento y tratamiento.

Una vez que ha completado su ingreso de manera general, el paciente recibe una atención médica, psicológica, terapia (correspondiente a su padecimiento) y en trabajo social. Y de manera específica, el paciente podrá solicitar cualquier otro servicio del Instituto siempre y cuando su médico de base así lo requiera.

#### **2.6 Glosario de Enfermedades del área de Rehabilitación Física.**

En este apartado describo brevemente las Enfermedades más frecuentes que se atienden en el Área de Rehabilitación Física mencionados anteriormente, y en consecuencia, que son

enviados al servicio de Psicología para tratar las secuelas emocionales y psicológicas que resultan de su enfermedad.

- *Enfermedad Vascolar Cerebral (EVC)*: Alteración Neurológica que puede ocurrir cuando una arteria se obstruye produciendo la ruptura de un vaso, dando lugar a un derrame. Se caracteriza por su aparición brusca, generalmente con síntomas de 24 horas o más, causando secuelas y muerte. La secuela más destacada es la incapacidad en adultos.
- *Enfermedad de Parkinson (EP)*: Alteración Neurológica por la pérdida prematura de células especializadas del cerebro. La enfermedad suele aparecer entre los 50 y 60 años, en mujeres como en hombres, es un padecimiento crónico que puede ser tratado y controlado. Los síntomas más típicos son Temblor de Reposo, Lentitud y Rigidez muscular.
- *Esclerosis Múltiple (EM)*: Enfermedad del Sistema Nervioso Central, desmielinizante y crónica cuya causa se desconoce. Los síntomas más frecuentes son cansancio, hormigueo, trastornos de sensibilidad, alteraciones de equilibrio, temblor involuntario, rigidez muscular, debilidad en las extremidades, alteraciones a la vista, y ocasionalmente pueden presentarse cambios en las funciones mentales como olvidos o confusión.
- *Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)*: Enfermedad del Sistema Nervioso que ataca a las células nerviosas del cerebro y médula espinal. Causa problemas musculares como caminar, escribir, hablar, y gradualmente las personas van perdiendo fuerza, aparecen dificultades para respirar, entre otros.
- *Síndrome de Guillain Barré*: Enfermedad cuando el Sistema inmunitario ataca al Sistema Nervioso, causando inflamación de nervios que ocasiona debilidad muscular o parálisis, pérdida de reflejos, entumecimiento, dolor o sensibilidad muscular, hipertensión arterial, entre otros.
- *Traumatismo Craneoencefálico (TCE)*: Se considera a cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica. Las causas más frecuentes son Accidentes de tráfico, caídas y lesiones deportivas. Tiene alteraciones directas y condiciona alteraciones motoras, sensitivas, cognitivas, de lenguaje, conductuales y sensoriales

La combinación de las alteraciones de estas enfermedades, conduce a discapacidad en los enfermos en sus actividades de la vida diaria, la comunicación, la integración familiar, escolar/laboral y social, por lo que el área de Psicología es fundamental como parte de su Rehabilitación.

Instituto Nacional de Rehabilitación (2014). Padecimientos. Disponible: [www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos.html](http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos.html). [Consulta: 2016, Marzo 02].

### III DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

En la siguiente tabla se muestra la cantidad de pacientes atendidos en los servicios en los que estuve ofreciendo mi servicio social, y que forman parte de las actividades que realicé.

Áreas	Actividades	Pacientes Atendidos
Área de Foniatría y Patología del lenguaje con niños	Observación/Evaluación psicométrica	111
	Terapia de Juego	12
	Observación de Orientaciones Familiares	13
	<b>Total de Pacientes</b>	<b>136</b>
Área de Rehabilitación con pacientes adultos	Observación de Entrevista a pacientes de 1ª vez	7
	Observación de Intervención clínica en Pacientes subsecuentes	38
	<b>Total de Pacientes</b>	<b>45</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>181</b>

**Tabla 1.** Total de Pacientes atendidos durante el periodo de Septiembre 2014 a Abril 2015.

#### Descripción de los Pacientes Atendidos:

En el *Área de Foniatría y Patología del lenguaje*, todos los pacientes atendidos fueron niños y niñas, de edades entre 5 y 12 años, todos con algún problema de lenguaje y audición diagnosticados previamente.



En el *Área de Rehabilitación*, los pacientes atendidos fueron adultos hombres y mujeres, de edades entre 30 y 70 años de edad.

### **Descripción del Área de Trabajo:**

Todas las Actividades, a excepción de la Terapia de Juego, fueron llevadas a cabo en el cubículo de Psicología correspondiente de cada área de Foniatría y de Rehabilitación. Ambos cubículos están equipados con un escritorio, un teléfono, una computadora de escritorio, un mueble para guardar documentos u objetos personales, la silla del psicólogo y tres sillas más para los pacientes y sus familiares. Ambos cubículos siempre estuvieron en buenas condiciones físicas, higiénicas y visuales tanto para el trabajador como para los pacientes.

La Terapia de Juego era realizada en la Ludoteca del área de Foniatría y Patología de Lenguaje; un cuarto amplio lleno de juguetes y materiales didácticos, incluidos una mesa y sillas pequeñas para los niños, tapetes, un pizarrón y material de papelería. Todo en buenas condiciones físicas e higiénicas apropiadas para la seguridad y comodidad de los niños.

### **3.1 Tareas desempeñadas en el área de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje.**

En el periodo comprendido de Septiembre 2014 a Diciembre 2014 realicé las siguientes actividades en el área de Foniatría y Patología del Lenguaje:

- Evaluaciones Psicométricas de niños para evaluar a los pacientes que llegan por problemas de lenguaje y por consiguiente de aprendizaje. Con la interpretación de los resultados se hace una impresión diagnóstica y sugerencias de tratamiento las cuales son plasmadas en el informe psicológico. Finalmente el psicólogo realiza sugerencias terapéuticas para el manejo del caso y en caso de detectar alteraciones en la dinámica familiar o en el estado emocional del paciente, sugiere Orientación Familiar y/o Terapia de Juego, sólo en el caso de ser un paciente candidato a la admisión por el Instituto. En el caso contrario, se hacen sugerencias para ser canalizado a otra Institución, según las características del paciente. Toda la información anterior es

descrita en el Informe psicológico que el psicólogo realiza y el cual incorpora al expediente clínico en la base de datos del Instituto.

En un inicio llevé a cabo la observación directa de la aplicación de pruebas psicométricas, y posteriormente realicé la aplicación de pruebas como el Bender, WPPSI, WISC IV, Figura Humana, así como su calificación e interpretación, de esta última, aunque no en todos los casos.

Para efectuar la Valoración psicométrica en los niños utilicé como métodos clínicos la aplicación de pruebas psicométricas: Bender, Figura Humana, WPPSI, WISC III, a través de las cuales me permitieron obtener y analizar datos que conducirían a una impresión diagnóstica y posteriormente tomar decisiones en cuanto al tipo de intervención. Además, aunado a esto, utilicé métodos cualitativos, como la observación de la dinámica familiar, kinésica, interacción familiar, actitudes, temperamento, etc.

Además, en esta valoración también utilicé la técnica de entrevista. En ésta se lleva a cabo una entrevista estructurada que constituye una anamnesis, la cual consta de solicitar datos como antecedentes neonatales, el desarrollo psicomotor del niño, tal como su conducta referida por la madre, su peso y talla de nacimiento, calificación del Apgar, así como otros datos importantes referentes a su conducta de sueño, de habla, de juego, su relación con el exterior, e información sobre la dinámica familiar. Sin embargo, con frecuencia se requiere una entrevista más abierta que incluya temáticas sobre lo familiar, pues en su mayoría, los niños presentan problemas emocionales de importancia que deben ser indagados. Esta entrevista es registrada en el informe psicológico junto con los demás datos y guardada en la base de datos del hospital. (Ver Apéndice "C").

Los procedimientos que empleé para estas actividades están estipulados por la Institución en el **Manual de Procedimientos**, los cuales implican la presentación, establecimiento de rapport, iniciación de entrevista, así como la aplicación de pruebas psicométricas correspondientes. Toda la información debe plasmarse en un informe

psicológico que debe ser vaciado en el programa del sistema de internet de la Institución, para que posteriormente puedan ser recibidos y revisados por el médico de base quien integrará esos datos en su informe final.

Se realiza el Informe psicológico en donde se emite la impresión diagnóstica y sugerencias de tratamiento. Para ello se hace uso de la aplicación de las Escalas de cada prueba para la interpretación de los puntajes obtenidos, por ejemplo la escala Wechsler, para llegar a un resultado que se expresa como CI. También se hace uso de la Taxonomía diagnóstica del Retraso Mental **CIE-10** (Retraso Mental Leve, Moderado, Grave Profundo, No especificado), en donde los pacientes son diagnosticados en base a los rangos de Coeficiente Intelectual, lo que además corrobora o complementa el diagnóstico dado por sus estudios foniatrónicos, auditivos y psicométricos, dando como resultado un diagnóstico final: Tartamudez, Retardos de Lenguaje (anártrico, afásico y audiógeno), así como Retardos Lectográficos (audiógeno, anártrico, gnóxico-práxico y afásico), y sus respectivas combinaciones.

Por otro lado, como resultado de las valoraciones psicométricas, también se observaban diagnósticos con retraso mental y enuresis, entre otras patologías.

- Orientación Familiar: En esta actividad se recibe a los padres de los pacientes (programados previa cita), con la finalidad de generar un ambiente de reflexión empática entre los padres en relación al paciente y su situación.

En esta actividad llevé a cabo la observación directa de lo que implica una sesión de Orientación Familiar, en donde lo que hacía era observar la dinámica familiar y observar las sugerencias en cuanto a técnicas de establecimiento de límites, resolución de duelos, entre otros. En la sesión de Orientación Familiar se recibe a los padres y se favorece la expresión de dudas y sentimientos encontrados frente al caso. El psicólogo junto con la pareja, analizan las pautas de la relación familiar y en conjunto se comienzan a trabajar aspectos importantes que pueden cambiar o mejorar la situación familiar y así favorecer el tratamiento de sus hijos. Sin embargo, en caso

de ser considerado necesarios, se canaliza a los padres a terapia de pareja o bien psicoterapia a alguno de los padres.

- Terapia de juego: Terapia que de igual manera se lleva a cabo en la mayoría de los casos con la terapia de lenguaje y la orientación familiar, su finalidad es la integración del niño a otros ambientes, el manejo de emociones, la expresión de las mismas y que en conjunto favorecen al niño para que obtenga mejores y óptimos resultados.

Para esta actividad se hace una valoración previa del estado emocional del paciente a través de una entrevista con los padres, y posteriormente se ingresan a Terapia de Juego. Se lleva a cabo la técnica de Terapia de Juego Libre, la cual se realiza en el cuarto de juegos, en el cual hay diversos y múltiples tipos de juguetes, materiales didácticos como cubos, pelotas, disfraces, cuerdas, entre otros. En la terapia de juego, debido a que el juego constituye un medio natural de autoexpresión para el niño, a través del uso de estos materiales y juegos bajo la dirección del psicólogo, "el niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad y confusión". Además, se considera que "sus poderes terapéuticos radican en ocho categorías generales: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorregulación", (Axline, 1994).

De modo que esta actividad es llevada a cabo de una forma directiva, con un objetivo e implicaciones claras, conllevando así a un pronóstico favorable para cualquier problema emocional presente en los niños.

Una vez que un paciente es ingresado a Terapia de juego, se involucran al padre y a la madre al taller para Padres correspondiente que se realiza a la misma hora y mismo día que la Terapia de Juego de sus hijos.

Los talleres, tanto la Terapia de Juego como el Taller de Padres, constan de 12 sesiones psicoeducativas cuyo objetivo es generar la reflexión sobre las necesidades

y conflictos del paciente, así como, como las de los padres. Se desarrollan temas preestablecidos, mismos que se ajustan con el grupo de padres en específico, pero en general se tratan temas como límites, aceptación de la enfermedad, revisión de expectativas, y dinámica de la familia, entre otros.

Durante los Talleres para padres, se hace una valoración sobre el desempeño de los pacientes, la cual consta de preguntar abiertamente a los padres sobre las conductas mejoradas de sus hijos, así como también los aspectos desfavorables o difíciles de cambiar, con la finalidad de que el terapeuta encargado del Taller de Padres pueda comunicar estas valoraciones al psicólogo que dirige la Terapia de Juego, para así trabajar con los niños aquellos aspectos que los padres consideran difíciles de manejar.

Una vez concluidas las doce sesiones, se hace una cita extra para los padres únicamente, sin los pacientes. En esta sesión, se hace una valoración final a los padres, en donde cada uno expresa y describe los beneficios obtenidos, los logros alcanzados con el cambio de conducta de sus hijos, así como los resultados generales que obtuvieron tanto con la Terapia de Juego así como con el Taller para Padres. En esta última sesión están presentes ambos psicólogos, tanto de Terapia de Juego como del Taller de Padres, quienes hacen una retroalimentación general destacando los logros de cada niño y las sugerencias sobre los puntos a seguir trabajando en la conducta de sus hijos.

El objetivo principal de esta última valoración es que los padres se den cuenta de los logros y cambios que hubo, así como del proceso que requirieron para poder generarlos, y de esta manera se motiven para seguir con el mejoramiento y control conductual de sus hijos.

Se espera que como resultado de la Terapia de Juego, los niños adquieran un nivel adecuado de autoestima, valorando las capacidades y características que tienen, mejor capacidad de comunicar a los padres sus emociones, capacidad para respetar y seguir normas y reglas, capacidad de socializar, entre otras; Sin embargo, según los

resultados obtenidos en cada niño de acuerdo a lo anterior, los terapeutas decidirán si el niño debiera recibir otras doce sesiones o si debe ser dado de alta, dependiendo de los criterios mencionados anteriormente que los psicólogos consideran.

De esta manera se sugiere a los padres la inscripción a más sesiones de Terapia de Juego o se da de alta al paciente. En el caso de tener que ser inscritos de nuevo, en esta última sesión se informa a los padres sobre las próximas fechas de inicio de la Terapia de Juego para que soliciten su inscripción. Y en el caso de haber sido dados de alta, se les informa a los padres que no tendrán que asistir más al servicio de Psicología y el Terapeuta debe notificar la alta en el informe Psicológico de la base de datos del Instituto.

Así se finaliza la Intervención correspondiente al servicio de Psicología del área de Audiología, Foniatría y Patología del lenguaje.

### **3.2 Tareas desempeñadas en el Área de Rehabilitación**

Durante el periodo comprendido de Febrero de 2015 a Abril de 2015 realicé las siguientes actividades en el área de Rehabilitación física:

- Observación directa de la entrevista clínica: La entrevista clínica se realiza a los pacientes que son ingresados al Instituto para comenzar un tratamiento de Rehabilitación física, y es utilizado como un instrumento para el método clínico cuyo objetivo es determinar un diagnóstico y/o una terapia, (Rossi L. , 2013).

Al ingreso de los pacientes al área de Rehabilitación se hace una primera entrevista en donde se explora el problema por el cual llega el paciente y se pretende obtener la mayor cantidad de información posible, de forma relevante y significativa que nos ayude a la formulación de una impresión diagnóstica. Tenemos que investigar el: qué, cómo, cuándo, dónde, porqué del motivo consciente de la consulta.

Uno de los objetivos de la entrevista es obtener información necesaria para hacer una historia clínica completa. De tal forma, en el caso del Instituto se reciben pacientes con criterios específicos; el tipo de pacientes que son ingresados son pacientes con

padecimientos con secuelas Enfermedad Vasculare Cerebral, Parkinson, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Síndrome de Guillain Barré, y pacientes con padecimientos de Traumatismos craneoencefálicos, de manera que entonces se debe recabar información sobre factores biológicos, su diagnóstico, así como la interacción con el ambiente, que pudieran estar afectando el desarrollo futuro del paciente. Asimismo, determinar las áreas que se deben atender en teoría.

En la primera entrevista se debe llevar a cabo lo siguiente recopilación de información, según los lineamientos del Instituto:

- Ficha de Identificación: nombre, edad, lugar de nacimiento y residencia, ocupación, estado civil, religión.
- Descripción breve del paciente: características físicas del paciente, si aparenta edad cronológica, su arreglo personal, así como el examen mental en donde se evalúa: el pensamiento, la conciencia, atención, memoria, percepción, afecto, lenguaje e inteligencia.
- Descripción del accidente causante de su padecimiento actual
- Motivo de consulta: referida por el paciente
- Historia familiar: relación del paciente con cada uno de sus miembros de su familia y personas significativas.
- Historia personal: historia de su desarrollo y vida cotidiana; aspectos de su salud, hábitos alimenticios, de sueño, actividades regulares, vida laboral, sexual, aspectos recreativos, así como también sobre su historia médica.
- Expectativas: revisión de las expectativas que el paciente tiene respecto al Instituto, al servicio de psicología y del psicólogo; así como las expectativas que tiene de su propio diagnóstico y rehabilitación.
- Clave psicodinámica: breve y clara explicación por parte del psicólogo de los fenómenos, aspectos importantes, relevantes del paciente.
- Impresión diagnóstica: se utiliza para facilitar la comunicación con otros especialistas
- Tratamiento: depende del tipo de patología, pero se le informa al paciente sobre la solicitud de citas subsecuentes.
- Pronóstico: está en función del diagnóstico y de las características propias del paciente.

La entrevista clínica no busca datos, sino información. Información quiere decir un conjunto de datos situados en un contexto. Para ello es indispensable recolectar en una primera instancia la mayor cantidad de datos posibles, los cuales se pueden obtener en la apertura de la historia clínica. Sin embargo, en la práctica también influyen otros datos que percibimos casi de forma involuntaria: información no verbal como forma de vestir, palabras utilizadas, movimientos, (Rodríguez, 2012).

Esta otra información se obtiene por medio de la observación, la cual nos dan pautas de qué elementos de la entrevista hay que investigar y profundizar; es decir, nos vamos planteando hipótesis, que serán rechazadas o confirmadas a lo largo de la o las entrevistas; después, con base en los elementos llegamos a un diagnóstico.

Por consiguiente, el profesional relacionará hechos, eventos y circunstancias, así como frecuencia e intensidad asociados al conflicto manifiesto. Para lograrlo se requiere saber qué cosas preguntar sobre el síntoma, así como no aceptar negativa; en algunas ocasiones habrá que replantear las preguntas o utilizar otras palabras, con tal de obtener mayor información.

Además debemos poner énfasis en los procesos emocionales, intentar que el entrevistado se percate de su relación con su conflictiva e indagar acerca de lo que espera de la entrevista, del Instituto y del psicólogo.

Al término de la primera entrevista, se dispone de un panorama general de las áreas por explorar con mayor profundidad. Asimismo, se habla sobre el establecimiento del contrato terapéutico, esto es, la determinación de las metas, obligaciones mutuas, días, horarios de las siguientes entrevistas, duración, importe a pagar, confiabilidad, así como la alianza terapéutica.

Sin embargo, a menudo, el paciente que llega al servicio de psicología acude en situación de crisis derivada en la mayoría de los casos, de la situación traumática por la que está atravesando como consecuencia de su condición física, o bien siendo una cuestión circunstancial. En cualquier caso, resulta indispensable realizar en ese momento intervenciones que posibiliten, sobre todo, mejorar la situación de la persona, obtener información para la comprensión psicodinámica del paciente, así



como re-establecerse en una condición de funcionamiento cuando menos lo suficientemente adaptativo como para su vida e integridad, así como la de quienes estén a su cargo.

En síntesis, la intervención en crisis está orientada a mitigar o aliviar el sufrimiento psicológico de los afectados y a prevenir el agravamiento de los síntomas, al desarrollar acciones que eviten su cronificación. Por lo que es importante transmitir información positiva al afectado sobre su capacidad de afrontar la situación, e insistir en la idea de que está sufriendo reacciones normales ante situaciones anormales (acontecimiento traumático). Así se potenciarán su autoestima y sus estrategias de afrontamiento. Pero dentro de la intervención siempre deberá buscarse tranquilizar al sujeto, (Rossi L. , 2013).

Cabe mencionar que en esta primera entrevista, es fundamental examinar durante el curso de la misma, aspectos como el nivel de conciencia, atención y vigilia, la memoria, orientación, lenguaje, conocimiento, movimientos, pensamientos entre otras funciones mentales del paciente, pues es fundamental debido a que para poder comenzar o establecer una intervención con el paciente se requiere de ciertas funcionalidad de estas. El lenguaje por ejemplo, es una función indispensable para expresar sentimientos, pensamientos, etc, por lo que una intervención psicoterapéutica o de otro tipo psicológica se vuelve casi imposible, y sin embargo, muchos pacientes perdieron dicha función como resultado de su accidente.

De esta exploración como parte de la observación, se determina si el paciente requiere ser acompañado a las sesiones en compañía de familiares o si el paciente está en facultad de acudir por su cuenta propia.

Una vez comenzada la intervención, en las entrevistas subsiguientes es útil fomentar y mantener una buena comunicación, promoviendo el discurso del paciente por medio del auto informe para establecer colaboración entre paciente y terapeuta, con el fin de trabajar con el discurso del primero. En muchas ocasiones resulta de suma utilidad que el paciente relate en detalle una situación particular, incluyendo los hechos, sentimientos, reflexiones y reacciones.

Todo esto nos permite preparar el camino para un posible cambio, además de generar estar al tanto de sus reacciones y experiencias internas, con lo que posibilitará la restitución de las conductas de autocuidado y favorecerá al logro de su independencia y rehabilitación.

- Observación directa de la intervención terapéutica (psicoterapia clínica u orientación). Como lo mencioné anteriormente, posterior a la primera entrevista se cita a los pacientes para citas subsecuentes en donde se le dará apoyo psicológico que requiera según la peculiaridad de cada paciente.

Si bien, cada paciente está inmerso en su propia subjetividad, de acuerdo al manual de procedimientos del Instituto, se lleva a cabo un abordaje psicoterapéutico, siempre y cuando el paciente así lo requiera. Este abordaje psicoterapéutico consiste en realizar un trabajo con el paciente enfocado a su salud mental, pero en específico, en la mayoría de los casos y debido a la situación por la que el paciente es ingresado, se pretende realizar un trabajo enfocado a minimizar el impacto de la discapacidad a través de atención psicológica, favoreciendo a su rehabilitación a través del trabajo de duelos, roles familiares, autoestima, logro de independencia y compromiso con las terapias físicas para su rehabilitación principalmente, entre otros.

De esta manera, el paciente y/o junto con sus familiares acuden a las sesiones subsecuentes para comenzar el trabajo sobre aspectos diversos que están causando dificultades en su calidad de vida. Este trabajo de psicoterapia, de acuerdo a Rivelis (2012), se refiere a una acción productiva y cooperativa que produce transformaciones en la realidad, es decir, está orientado a producir transformaciones y las mismas no pueden tener lugar si no es con la participación activa y en colaboración de las personas comprometidas en la situación (el paciente) y psicoterapeuta.

Entendemos la labor psicoterapéutica como un diálogo inteligente, (Rivelis, 2012), que implica un intercambio de palabras y silencios entre dos (o más) personas cuyo objetivo en común es vincularse a los efectos de descubrir, crear, comunicar, etc, e inteligente porque la inteligencia nos permite comprender –en el sentido fuerte del

término; es decir, síntesis de razón y afectividad- la capacidad intelectual se pone al servicio de la construcción.

Desde esta perspectiva entonces, el diálogo psicoterapéutico consiste en el intercambio mencionado que tiene por fin explícito el cambio del consultante en lo que respecta a su nivel psicológico, así mismo da lugar en la persona paciente a una ganancia por la comprensión de situaciones y por una orientación de sus posibilidades intelectuales, físicas, etc, hacia fines constructivos, (Rivelis, 2012).

En este marco general –y de acción específica en lo que hace a la intervención psicoterapéutica concreta- entendemos que hay momentos, circunstancias, “zonas de trabajo” que requieren de un procedimiento diferente o complementario--. En el caso del tipo de pacientes que llegan, es importante destacar que al tener conciencia de su situación y percibir que no son autosuficientes como antes, los pacientes pueden sentirse amenazados, deprimidos, ansiosos o temerosos. Por lo que se ven inmersos en un duelo.

En estos casos, el paciente emocionalmente maduro será capaz de aceptar de forma consciente su enfermedad y, si fuera el caso, incluso la muerte. El psicólogo deberá concientizar al paciente de que su actitud tiene mucha influencia en la efectividad del tratamiento que se seguirá con él. Igualmente los pacientes deben ser informados de que la tensión y ansiedad puede afectar su movilidad, impedir el proceso de rehabilitación y disminuir su independencia.

También es importante considerar los apoyos sociales con que cuenta el paciente. Por lo que durante las sesiones se inicia el contacto con los familiares, de ser posible desde el primer día de ingreso; esto con el fin de permitirles manejar la culpa, la incredulidad y la pérdida y facilitar de esta forma que los contactos sociales del paciente, sobre todo los familiares, estén en mejor capacidad de brindarles asistencia emocional, (Rivelis, 2012).

La mejor predicción del éxito de la rehabilitación es el apoyo social con que cuenta, entendido como la familia, los compañeros y los amigos. El mismo autor recomienda la

técnica de relajación simple, las técnicas de autocontrol, la respiración primaria y las técnicas de disociación, como formas de alejamiento de su situación, y de las cuales podría disponer cuando así lo requiera. Estas técnicas pueden ser enseñadas por personal técnico calificado como son: psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales.

Por tanto, debemos considerar que una forma posible –y en ocasiones necesaria – de intervención psicoterapéutica consiste en agregar, en aportar información, criterios, esquemas conceptuales que permitan una mejor y más rica comprensión de situaciones y una mayor disposición de elementos para decidir acciones, (Rivelis, 2012).

Asimismo podemos considerar como no psicoterapéutica la situación en la que supone que el cambio sólo opera dentro de un consultorio por la acción del psicoterapeuta sobre el paciente, sino que sabemos que estos cambios son el resultado de un proceso elaborativo que supone un esfuerzo cotidiano aplicado al trabajo sobre sí mismo, (Rivelis, 2012).

Es por ello que como parte de la psicoterapia, a los pacientes de rehabilitación se promueve la importancia del trabajo y realización de sus terapias físicas en casa, lo cual tiene como finalidad no sólo favorecer a su rehabilitación sino también reforzar actitudes, autoestima con el logro de la independencia y autoeficacia, lo cual da como resultado una mejor calidad de vida en ellos.

## IV OBJETIVO DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

Describir las actividades realizadas como prestadora de Servicio Social y diseñar una propuesta de intervención de Terapia Familiar Grupal para pacientes adultos en rehabilitación.

## V SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.

En esta sección, presento los conceptos teóricos generales de la Rehabilitación y la Intervención Psicológica vinculados directamente a las actividades realizadas en mi Servicio Social, sin embargo, incluyo algún comentario surgido de mi experiencia en el Instituto de Rehabilitación en cuanto a las áreas de oportunidad que fundamentan el diseño de mi propuesta al mejoramiento del servicio de Rehabilitación.

### 6.1 Conceptos generales de Rehabilitación.

La idea central que se deriva de las significaciones lingüísticas, coloquiales y sociales del concepto de rehabilitación es la recuperación de algo que se ha perdido para volver a un estado anterior. El término de rehabilitación según la Real Academia Española (2015) significa "Habilitar de nuevo o restituir a alguien o algo a su antiguo estado".

El significado según su raíz de procedencia latina <<habilitare>>, de <<habilis>>, de <<habere>> (verbo haber), es el de habilitar algo nuevo, volver algo a alguien a quien había expulsado al servicio que antes prestaba o al empleo que tenía. El término <<rehabilitarse>>, forma reflexiva de rehabilitar, significaría recuperar la buena fama o el derecho a la estimación de la gente, (Moliner, 1998).

En el primer servicio de Rehabilitación en el Bellevue Hospital de Nueva York, el Dr. Rusk definió la Rehabilitación Médica como un concepto dinámico y un programa de acción cuya finalidad es ayudar al paciente a realizar sus máximas posibilidades físicas, emocionales, sociales y vocacionales, o al menos, vivir y trabajar al máximo de sus capacidades dentro de los límites de su incapacidad, (Eizaguirre & Ortego Sáenz de Cabezón, 2003).

Si bien las definiciones más actuales hacen referencia al logro de la calidad de vida en todos sus aspectos, siguen vigentes a efectos prácticos las de los organismos más influyentes, entre ellos la OMS, quien la define como un proceso de duración limitada y con un objetivo

definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida; puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales. Entre los especialistas la rehabilitación es un proceso por el que una persona con limitaciones físicas, psicológicas y/o sociales consigue, mediante ciertas técnicas y servicios, su máximo nivel de desarrollo personal.

El significado actual del concepto de rehabilitación es moderno. En su vertiente aplicada a la invalidez surge en los medios institucionales y profesionales a raíz de la urgencia por recuperar a la gran cantidad de inválidos generados en las dos Guerras Mundiales y, posteriormente, por la necesidad de atender y resolver los problemas de los accidentados de la industria, protegidos por los sistemas de seguros sociales (Ruano, 1993). El concepto fue descubierto y ejercido por médicos, por lo que en sus inicios estaba impregnado por el organicismo del campo médico, ocupándose de la recuperación física únicamente. Ya desde el principio la Ortopedia, Traumatología o la Fisioterapia tenían dificultades para no solaparse con esta nueva disciplina, la Rehabilitación Médica. Sólo cuando se ampliaron los objetivos a la integración en la sociedad se pudieron solventar estas dificultades.

La participación de otros profesionales provenientes de otras disciplinas diferentes a la médica tanto en programas y proyectos como en los mismos centros de rehabilitación, ha sido lenta y gradual, sobre todo en España. En EE.UU. fue más rápida, gracias a la identificación de la psicología aplicada a la rehabilitación. Fue en el Instituto de Reeducción Profesional de inválidos del trabajo donde se generaron las aportaciones psicológicas a la rehabilitación.

Existe, a lo largo de la historia de la Rehabilitación, un predominio de las definiciones de carácter médico, un compendio de todas ellas podría ser la propuesta por la OMS. Las definiciones sociales son las aportadas por profesionales no médicos que ampliaron el análisis de la rehabilitación al contexto de la sociedad, y al grave problema que representa la atención de las personas discapacitadas.

Concretamente, la psicología de la rehabilitación hará referencia a un área de especialidad cuyo campo de actuación serán los aspectos psicológicos intervinientes en el proceso de rehabilitación. Tal y como señala Bishop (2001), el concepto actual de rehabilitación está

estrechamente relacionado con el de recuperación. El concepto de recuperación no implica la simple desaparición del sufrimiento, de los síntomas, ya que también se debe tener en cuenta que las discapacidades implican otros aspectos como estigma, la interacción con los sistemas de rehabilitación y la familia.

En concreto, los programas de rehabilitación, en su gran mayoría, actualmente están basados y fundamentados en la definición proporcionada por la OMS (2015), en donde la rehabilitación se entiende como un proceso destinado a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo.

De esta manera, en los últimos años se ha enfatizado la idea de un trabajo multidisciplinario en la labor profesional con el paciente en rehabilitación, de manera que tienen participación tanto médicos, fisioterapeutas como psicólogos y terapeutas de lenguaje, entre otros.

De esta manera, con frecuencia los pacientes en el Instituto trabajan con dos o más servicios de rehabilitación bajo un modelo de intervención multidisciplinaria que incluye:

- **Atención Médica Especializada:** Con ella se pretende hacer una valoración médica sobre los aspectos importantes del estado de salud de la persona. El médico es quien, mediante la evaluación, hace una impresión diagnóstica y un plan de tratamiento correspondiente a las necesidades del paciente. De esta actividad se derivan el uso o requerimiento de otros servicios, dependiendo de cómo lo solicite el médico.
- **Fisioterapia (PT, por sus siglas en inglés).** Ésta ayuda a los pacientes con problemas de movilidad, equilibrio, al caminar o realizar otras actividades. La PT también puede ayudar a pacientes con brazos y piernas ortopédicas (artificiales), con plantillas ortopédicas, en sillas de ruedas, con andadores y otros dispositivos de asistencia.

Los terapeutas físicos se especializan en tratar discapacidades relacionadas con problemas motores y sensoriales. Están entrenados en todos los aspectos de la anatomía y fisiología asociados a la función normal, con énfasis en el movimiento. Pueden evaluar la fortaleza, resistencia, alcance de movimiento, anomalías en el

andar, y déficit sensorial, para diseñar programas individualizados de rehabilitación dirigidos para que los pacientes puedan recuperar el control sobre las funciones motoras.

- **Terapia ocupacional (OT, por sus siglas en inglés).** Ésta ayuda a los pacientes a ser más independientes con su cuidado personal y otras tareas cotidianas, como comer, vestirse y usar el teléfono.

Esta actividad está a cargo de los Terapeutas ocupacionales y de recreación:

Al igual que los terapeutas físicos, los terapeutas ocupacionales se preocupan de mejorar las habilidades motoras. Ayudan a los sobrevivientes a que reaprendan las habilidades motoras necesarias para realizar actividades auto-dirigidas - ocupaciones o tareas - como la limpieza del hogar, la jardinería, artes y manualidades. A menudo les enseñan a las personas cómo dividir una actividad compleja en sus componentes, practicar cada componente, y después realizar la secuencia entera de acciones. Esta estrategia puede mejorar la coordinación y puede ayudar a las personas con apraxia a reaprender cómo realizar acciones planificadas.

Los terapeutas ocupacionales también enseñan a las personas cómo desarrollar estrategias compensatorias y cómo cambiar aquellos elementos de su medio ambiente que limitan las actividades con un propósito. Por ejemplo, las personas que tienen uso de una sola mano pueden sustituir los botones en su ropa con cerraduras de Velcro. Los terapeutas ocupacionales también ayudan a los sobrevivientes de un ataque cerebrovascular a usar aparatos de asistencia, como bastones, andadores, o sillas de ruedas. Finalmente, muchos terapeutas ocupacionales enseñan a las personas cómo hacer cambios en sus casas para aumentar la seguridad, remover barreras, y facilitar el funcionamiento físico, por ejemplo, instalando barras para agarrarse en los baños.

Los terapeutas de recreación ayudan a las personas con una variedad de discapacidades a desarrollar y usar su tiempo libre para mejorar su salud, independencia, y la calidad de vida.



- **Apoyo Psicológico:** Ésta ayuda a los pacientes (y a veces a los miembros de su familia) a adaptarse a los grandes cambios sufridos por una enfermedad o lesión. La consejería psicológica puede ofrecerse individualmente (un paciente por vez) o en forma grupal.

El trabajo de la terapia física en el paciente en rehabilitación es de suma importancia para maximizar las capacidades residuales de la persona y brindarle así la oportunidad de ganar mayor independencia en la vida diaria y mayor funcionalidad en sus tareas, así como poder hacerlo sentir mejor consigo mismo

El objetivo principal del tratamiento fisioterapéutico que se ofrece en el Instituto es conseguir el grado máximo de independencia y bienestar

Sin embargo, lograr este objetivo depende varios factores, como lo son:

- Nivel y tipo de lesión
- Complicaciones post lesionales
- Estado físico previo del paciente
- Colaboración del paciente
- Ambiente familiar y social
- Otras enfermedades o lesiones del paciente.

De aquí que la Intervención psicológica recobra gran importancia, pues los accidentes representan un acontecimiento traumático, tanto para las personas que lo sufren como para su familia: al trauma físico hay que añadirle la interrupción inesperada y brusca de las actividades personales, familiares, profesionales y sociales. Se enfrenta no solo a la recuperación física, sino también a un descenso de los ingresos económicos y aumento de los gastos, a las reacciones de los demás, al aislamiento social; existen ingresos hospitalarios que aumentan el estrés y tienen que hacer frente a una posible deficiencia con todas las consecuencias que traiga consigo.

Tras el accidente, las personas entran en una situación emocional límite, en la que la percepción de la pérdida de parte de su integridad física se convierte en un problema difícil de procesar: puede ser resuelto tras una rehabilitación comprometida o puede significar su <<muerte>>.

Gran parte de los conflictos vendrán a partir de la entrada en el amplio camino de las deficiencias físicas y sus efectos, ya que su afrontamiento supone asumir y tomar conciencia de una nueva realidad personal. Surgen múltiples conflictos y contradicciones en el proceso de evolución rehabilitadora, así como dificultades colaterales y circunstanciales, que hay que abordar.

Los temas a resolver tanto en el accidente como en la enfermedad son: mantener y desarrollar la voluntad de vivir, lograr autonomía e independencia y aspirar al logro de la mejor calidad de vida posible.

## **6.2 Impacto de la Rehabilitación en la Familia.**

A lo largo de las últimas décadas ha comenzado a hacerse especial énfasis en los beneficios obtenidos de la consideración del sistema familiar como objeto de intervención en situaciones tales como la existencia de una enfermedad física crónica en uno de los miembros, familias con pacientes terminales, familias con enfermos mentales, y familias de alcohólicos (Fuentes y Maya, 2001).

Todas estas situaciones comparten un denominador común: la existencia de algún tipo de trastorno, físico y/o psicológico, que afecta a uno de los componentes de la familia pero que por cuya importancia, afecta extensivamente a todos los miembros del sistema familiar, generando alteraciones en el funcionamiento del mismo. Dichas alteraciones comprenden aspectos tan diversos como dificultades de reorganización y adaptación a las demandas generadas por la situación, dificultades derivadas de la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas, dificultades para mantener la autonomía e independencia de los miembros de la familia, sobrecarga emocional, física y/o económica, y alteraciones en la esfera emocional, física y/o social, tales como sintomatologías ansioso-depresivas, labilidad emocional, somatizaciones, dificultades de sueño y de alimentación, restricción de actividades y contactos sociales, etc.

El cuidado del paciente, implica un esfuerzo para la familia y en la mayoría de los casos una importante dosis de sufrimiento. Todo ello engloba en el concepto de carga. La carga puede ser objetiva o subjetiva. La carga objetiva se refiere a los problemas prácticos como las alteraciones en la vida familiar, el aislamiento social y las dificultades económicas. La carga

subjetiva hace referencia a las relaciones que los miembros de la familia experimentan, por ejemplo, ansiedad, depresión y sentimientos de pérdida, la carga ha sido estudiada en familias con enfermos mentales. Y todo esto desemboca a un estresor crónico, de manera que el ciclo de la familia y de los individuos que la componen se puede ver alterado por esta situación.

Ante dicha situación, los roles familiares sufren cambios y pueden rigidizarse por ejemplo, uno de los hijos asume funciones parentales cuando el discapacitado es uno de los padres. Este reajuste familiar provoca cambios en la estructura familiar, creándose alianzas y coaliciones que pueden hacer fallar los subsistemas en sus funciones básicas. También se alteran los límites entre individuos y subsistemas y la jerarquía puede verse modificada.

En el caso de los adultos, observé múltiples casos en el que se introduce un desequilibrio familiar a causa de los múltiples traumas que pueden afectar a un adulto al perder su trabajo, por ejemplo; o si las secuelas de la enfermedad comprometen el lado psíquico, entre otras.

Todo ello lleva a una situación en la que el estrés es alto, por la preocupación y dedicación que conlleva al hecho de tener a un enfermo en el hogar, y el apoyo social se ve limitado por el aislamiento. De esta manera las relaciones familiares se ven sometidas a una gran presión, a la vez que disfrutan de poco soporte social, por lo que la irritabilidad, ansiedad, depresión, síntomas psicósomáticos y conflictos relacionales se van a dar en mayor proporción que en familias sin un paciente en la familia, (Eizaguirre & Ortego Sáenz de Cabezón, 2003).

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la forma de relacionarse con el paciente. La actitud emocional de los familiares hacia el paciente ha sido estudiada para comprobar las conductas que pueden favorecer las recaídas de su condición, además de que cada día en el hospital se observan casos que comprueban estas teorías. En el Instituto se ha observado que conductas críticas, hostiles y rígidas por parte de los familiares, favorecen la recaída en diferentes maneras.

De esta manera, la discapacidad provoca intensas reacciones emocionales que amenazan la estabilidad personal y familiar. Para poder afrontar la situación, paciente y familia atraviesan por fases similares a las producidas por la pérdida; en este caso se pierde la salud y

expectativas puestas en la vida, (Eizaguirre & Ortego Sáenz de Cabezón, 2003); y que exigen una reorganización del sistema familiar para poder adaptarse a la nueva situación. El apoyo psicológico ofrecido en el servicio de Psicología del Instituto es entonces, una oportunidad para lograr esta adaptación.

Ante el duelo familiar pueden producirse una serie de fenómenos en diferentes niveles (Neimeyer, 2002): a) nivel comunicacional: cambios en la cantidad, canales de comunicación; b) nivel estructural: confusión de roles y jerarquías, alianzas; c) nivel social: aislamiento, rechazo de apoyo, sobreprotección de los miembros. Es por ello que uno de los objetivos de la intervención familiar es que la familia pueda elaborar el duelo de la pérdida de capacidades de uno de sus miembros y reorganizarse para adaptarse a la nueva situación, pues si el duelo no se realiza adecuadamente, la adaptación a la situación será peor, convirtiéndose en un duelo crónico.

Como parte de mi propuesta en la intervención familiar, las tareas que la familia debe llevar a cabo ante la discapacidad de uno de sus miembros son:

1. Reconocimiento compartido de la realidad de la discapacidad.
2. Experiencia compartida del dolor, de la pena, permitiendo expresar libremente todos los sentimientos asociados de los familiares.
3. Reorganización del sistema familiar, asumiendo las funciones que no pueda cumplir el discapacitado.
4. Finalmente, muchas veces es necesario el establecimiento de nuevas relaciones y metas de vida.

Cabe considerar que la adaptación a la discapacidad va a estar condicionada por variables individuales, por ejemplo la edad, personalidad y estilos de afrontamiento, y familiares, y se realizará en distintas áreas: cognitiva (asunción, aceptación de la situación), afectiva (vinculándose adecuadamente con el paciente y el resto de la familia), conductual, somáticas, relacional y social. Y como parte del proceso, la familia podrá asumir la discapacidad, vinculándose adecuadamente con el paciente y podrá buscar y utilizar recursos de su red social. Además que con la Terapia Familiar que propongo, se pretende sensibilizar a los familiares sobre el tratamiento médico y físico de sus pacientes, con la

finalidad de destacar la importancia y beneficios que resultarían de su compromiso con todas las Terapias que implican su Rehabilitación.

Por otro lado, las necesidades de la familia ante la enfermedad se pueden resumir en: 1. Información sobre la enfermedad o discapacidad, su curso y cuidados. 2. Organización. 3. Expresión emocional y acompañamiento en el proceso de duelo. 4. Comunicación intrafamiliar y con los sistemas de ayuda. 5. Apoyo social, las cuales se pretenden cubrir o minimizar con el apoyo psicológico brindado.

### **6.3 Intervención Psicológica en Áreas de Rehabilitación.**

Weihs, Fisher y Baird (2002), en su revisión de los estudios empíricos sobre familia y enfermedad, subrayan tres objetivos generales en las intervenciones familiares en enfermedades incapacitantes: 1. Ayudar a las familias a manejarse con los estresores asociados al cuidado del enfermo. 2. Movilizar el sistema de apoyo familiar. 3. Reducir la hostilidad intrafamiliar y los efectos adversos del impacto de la enfermedad, y para ello, la Intervención psicológica es indispensable durante este proceso.

Hemos visto anteriormente que las discapacidades se acompañan frecuentemente de depresión, ansiedad, aislamiento social, tanto en el paciente debido a la discapacidad, como en los familiares, fruto de la carga. Para ello en el Instituto, el servicio que se ofrece puede recurrir a algunas de las intervenciones existentes como terapia cognitivo conductual para la depresión y dolor, intervenciones grupales, terapia de apoyo, terapia racional-emotiva, entre otras como la intervención en crisis y la terapia de duelo, necesarias muchas veces en el abordaje de la discapacidad.

Quisiera describir brevemente a continuación, los últimos dos tipos de terapia: intervención en crisis y terapia de duelo que propongo, pues como mencioné, son fundamentales en el tema de la rehabilitación y discapacidad, y además porque son especialmente las que en investigaciones, han demostrado su eficacia.

#### **6.3.1 Intervención en crisis**

Cuando la discapacidad es de naturaleza imprevisible, por ejemplo un accidente o una enfermedad aguda, el sujeto y su familia deben afrontar el impacto y ello ocasiona muchas veces una crisis, por lo que es necesario realizar una intervención.

Existen varios modelos de intervención en crisis en diferentes contextos. Pitman III (1990) desarrolló un modelo para crisis familiares en el que se siguen 7 pasos: 1. Respuesta de emergencia: para reducir la tensión y centrarse en los cambios necesarios. 2. Involucrar a la familia, especialmente a todos los que deberían cambiar. 3. Definir la crisis: por qué se da en este momento, qué cambio puede estarse evitando y qué tipo de crisis es, por ejemplo debida al impacto de la discapacidad o a la carga familiar que supone el paciente. 4. Prescripción general: en la que se intenta mitigar la sensación de urgencia para posibilitar el proceso de cambio. 5. Prescripción específica: esbozando los cambios que se suelen producir en la mayoría de los casos semejantes y prescribiendo tareas. 6. Vencer resistencias al cambio: estudiar qué se evita y quién y en qué sentido perjudicaría el cambio. 7. Terminación: evitar convertirse en un cuidador que cronifique la situación, (Eizaguirre & Ortego Sáenz de Cabezón, 2003).

Por su parte, Caplan (1964), en su modelo de intervención en crisis, recomienda ayudar a enfrentar la pérdida, en este caso de la salud, favoreciendo que hablen de sus sentimientos y vivencias, descubrir los hechos no dando falsas expectativas, no alentar a la culpa de otros, ayudarles a aceptar la ayuda y a afrontarla. Según este autor; la persona afligida debe advertir el dolor de lo irreparable y experimentar su permanencia, pues hasta que no lo haya hecho, no logrará dominar e independizarse de ese episodio de su vida, ni podrá recuperar la estabilidad, (Eizaguirre & Ortego Sáenz de Cabezón, 2003)

### **6.3.2 Terapia de duelo**

Como señala Slaikeu (1984), no todas las pérdidas entrañan una crisis. Si las condiciones son favorables, el duelo puede realizarse normalmente sin que la familia necesite ayuda especializada. La intervención del experto va a ser necesaria fundamentalmente en dos situaciones: 1) Las pérdidas que, por sus características y la del contexto en que se producen, provocan una crisis que impide elaborar el duelo adecuadamente. 2) Los duelos crónicos o incompletos.

Las tareas del duelo son: aceptar la realidad que implica, reconocer la discapacidad; trabajar las emociones y el dolor a través de favorecer la expresión emocional; adaptarse al medio en la nueva situación y continuar con un proyecto vital con la nueva identidad social. Para ello la familia deberá, en muchos casos, redistribuir roles intra y extra familiares.

Worden (1991) diferencia dos tipos de intervenciones: asesoramiento psicológico y terapia de duelo. En el asesoramiento psicológico los objetivos son: ayudar a hacer real la pérdida, a identificar y expresar sentimientos, ayudar a vivir sin la salud perdida, dar tiempo a elaborar el duelo, normalizar aceptando las diferencias, brindar apoyo y evaluar recursos, patología y estilos de afrontamiento. Algunas de las técnicas más utilizadas son: el uso de un lenguaje evocador, de símbolos (fotografías, cartas, objetos), el dibujo, role-playing, reestructuración cognitiva, etc.

La terapia de duelo se aplica en los duelos complicados: **1) crónico retrasado** (activado por otra pérdida), **2)exagerado** (curso con ansiedad, depresión, abuso de sustancias) y, **3)enmascarado** por otros síntomas físicos o conductas disruptivas. Es una terapia multimodal y se debe evaluar previamente qué tareas del duelo no se han realizado.

Desde una perspectiva sistémica, se incide en la importancia de las intervenciones en el sistema individual, familiar y social, partiendo de la base de que el cambio en alguno de los sistemas repercutirá en el resto de los sistemas. Esta perspectiva demanda un nuevo tipo de profesionales que estén dispuestos a trabajar de forma transdisciplinar, teniendo en cuenta aportaciones de diversas especialidades.

En el caso de discapacidades físicas en ancianos, existen programas de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes, que en general comparten tres componentes básicos de intervención: información a los cuidadores sobre la enfermedad y sus características diferenciales, y los recursos comunitarios, aprendizaje de habilidades de afrontamiento y de apoyo emocional.

El objetivo final de la intervención familiar con un miembro con enfermedad crónica es el de ayudar a convivir con ésta, compatibilizando el cuidado con un grado aceptable de cumplimentación de sus hábitos, planes y prioridades. La problemática que lleva a consulta a una familia tiene que ver con la dificultad de adaptarse a la situación por la que está pasando. Las estrategias para esto más utilizadas son las siguientes:

- Evaluación y creación de la relación terapéutica. Durante la recogida de la historia de la enfermedad, la familia debe sentirse comprendida y, en muchas ocasiones, el terapeuta normalizará su situación; deben comprender que no se están volviendo locos, el sufrimiento, la impotencia o la angustia que están sintiendo, lo tienen otras personas que

viven lo mismo que ellos están pasando. En cuanto a la sintomatología por la que se ha hecho la demanda de ayuda, se evalúa la aceptación de la enfermedad y cómo se están realizando las tareas de la etapa de la enfermedad en la que se encuentran.

- **Fase de crisis.** Las tareas a realizar tienen que ver con el aprender a convivir con la enfermedad, movilizándolo los recursos emocionales, materiales y de información.
  - Ayudar a informarse claramente sobre la enfermedad con el médico y mediar si hace falta. La mayoría de las familias informan de experiencias negativas con al menos una parte del sistema médico.
  - Movilizar los recursos de red social y ayudar a negociar entre los miembros de la familia.
  - Facilitar la expresión de sentimientos y normalizarlos. A la familia le resulta difícil verbalizar los sentimientos que les produce la enfermedad del paciente. Mantenimiento de la esperanza.
  
- **Fase Crónica.** Cuando el impacto emocional ha disminuido, la adaptación llegará en la medida en que se logren áreas como el rediseño de roles y la compatibilización de los cuidados con los planes de la familia (negociación explícita de quién va a hacer qué, técnica de externalización, ampliar la red social, facilitar expresión de sentimientos y normalizarlos, etc).

Además de conocer el curso natural de la enfermedad, es importante tener en cuenta los aspectos referidos al enfermo, su familia y el contexto en el que viven, para evaluar adecuadamente los recursos y carencias, y garantizar intervenciones eficaces si fueran necesarias.

### **6.3.3. Terapia Familiar Grupal**

Partiendo de la idea de que las experiencias de unas familias pueden ser útiles a otras, se han realizado numerosas investigaciones que muestran la eficacia de las intervenciones familiares en las discapacidades, especialmente una que a mí me llama la atención y que se deriva de una investigación de la aplicación del programa llamado *Discusión en Grupo Familiar Múltiple (DGFM)* (González et al., 1987) el cual tiene como objetivos el afrontamiento de la enfermedad y la expresión del estrés y los sentimientos negativos.



Se ha aplicado este programa a enfermos de leucemia y sus familiares, y se encontró que los cambios que se dieron fueron en el ámbito cognitivo y se cubrieron las necesidades afectivas que los familiares tenían. Es por ello que este programa llama mi atención ya que busca el diálogo, apoyo y enseñanza para los miembros de la familia, enfermo incluido. Este programa se trata de un grupo no superior a 20 personas, 8 sesiones semanales, con una duración de 90 minutos. Los dos directores del grupo favorecen los fenómenos grupales a través de 3 componentes: 1. Componente educativo: su objetivo es facilitar información acerca del impacto que supone la enfermedad; 2. Componente <<problemas familiares>>: su objetivo es el de resolver problemas específicos de cada una de las familias participantes, y finalmente 3. Componente afectivo cuyo objetivo es valorar los beneficios y desventajas de los diferentes estilos emocionales de cada familia al afrontar la situación.

Por otro lado, otro de los temas más abordados en la intervención para la rehabilitación, especialmente en el caso de los pacientes que llegan al Instituto, es en aquellos casos de pacientes con traumatismos cerebrales, parálisis cerebrales, entre otros. Las terapias cognitivas, los procedimientos derivados de las teorías de aprendizaje, entre otros, han mostrado su eficacia en afectados cerebrales. En las personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico leve, la intervención se centra en una información adecuada y explícita sobre las consecuencias neuropsicológicas, los síntomas habituales y el proceso habitual de recuperación. Sin embargo, una terapia cognitiva no sería indicada en aquellas en las que existiera dificultades de memoria, comprensión del lenguaje y razonamiento, porque ocasionaría confusión, de manera que para estos casos las principales áreas de actuación son las adaptaciones para los sistemas de comunicación, adaptaciones de materiales pedagógicos para la vida diaria: juegos didácticos, ayuda para la escritura, útiles para la alimentación, el aseo, etc.

Las áreas de intervención más importantes en este campo serían: Adquisición de habilidades social que favorezcan el afrontamiento de estresores diarios en la comunicación e interacción; Control de impulsos que calmen la ansiedad e irritabilidad a causa de la autopercepción de los déficit a través de entrenamiento en actividades diarias y solución de problemas; la Conciencia de la enfermedad con una retroalimentación sobre sus juicios y errores de apreciación; y finalmente la Familia, a través de la proporción de

información que necesiten así como ciertas herramientas de manejo de problemas y dificultades concretas.

Las técnicas complementarias utilizadas para este fin son la relajación, reeducación de la respiración, terapéutica de la voz, entre otros. Y solo cuando la dificultad está en no poder hablar es cuando se introducen los sistemas aumentativos de comunicación, por ejemplo, símbolos pictográficos para la comunicación. El estilo de comunicación del adulto con estas personas utiliza estrategias como atender a la multimodalidad de la comunicación, aprovechamiento de todas las producciones expresivas, reaccionar a todas las actividades casuales reconocibles, introducir aprendizaje de ciertos signos, ayuda física, señalar o modelaje, (Campadabal, 2001).

En cuanto a lo observable por el contexto social de la persona con discapacidad motriz, hay que decir que los síntomas son físicamente evidentes, sin embargo, el impacto de la enfermedad es distinto según se trate de la misma.

Además de los significados fisiológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad, existen los personales, en donde las personas comúnmente suelen hacerse cuestionamientos de justicia "¿por qué yo?"; otras se pueden relacionar con determinadas formas de vida, y la persona se culpa por ello.

Que el papel del apoyo social en la adaptación y curación de una enfermedad física es importante es algo que nadie discute. Su acción se plasma en la realización de tareas adaptativas para afrontar la enfermedad y la expresión de sentimientos. Las fuentes de apoyo social son los consejos médicos, empatía con enfermos en su misma situación y la reacción familiar. Pero el paciente puede tener problemas a la hora de encontrar ayuda entre los profesionales, familiares y amigos. Puede deberse a prejuicios sobre la naturaleza de su enfermedad, o por desmotivación al percatarse de que los cuidados no redundan en una mejora. Lo cierto es que quienes están más cerca del enfermo tienen sentimientos ambivalentes hacia él: por un lado están tristes por la condición y sufrimiento del enfermo y por el otro resentidos por la interrupción que la enfermedad supone para sus vidas.

Derivado de esto, por último, habría que señalar que también se procuran las intervenciones que se centran en el contexto social del paciente, promoviendo su

integración con la comunidad, en la integración de las personas con discapacidades en grupos de iguales, en un contexto más o menos controlado en el cual poner en práctica habilidades adquiridas, de comunicación, sociales y de autonomía. Los grupos de ocio y tiempo libre han de procurar tener una perspectiva normalizadora, generar mayor sentimiento de logro, mejora de la autoestima, conciencia del propio cuerpo, estímulos físicos, mentales, distracción, descanso, diversión y desahogo de las emociones y descarga motriz; nuevas amistades, sentido de pertenencia al grupo, oportunidad para el juego y la superación, y expresión de la creatividad.

Por otro lado, como parte de los modelos de intervención en la rehabilitación física, se incluyen otras actividades como:

#### **6.3.4. Programas de rehabilitación en casa**

En el Instituto, este tipo de terapias son usadas con mucha frecuencia como complemento al tratamiento del paciente. La rehabilitación en casa permite mayor flexibilidad de manera que los pacientes puedan diseñar su propio programa de rehabilitación y seguir un itinerario individual. Los sobrevivientes de un ataque cerebrovascular pueden participar en un nivel de terapia intensivo varias horas a la semana o seguir un régimen menos exigente. Estos arreglos suelen ser los más convenientes para las personas que no tienen transportación o que requieren tratamiento de un solo tipo de terapeuta de rehabilitación. La mayor desventaja de los programas de rehabilitación en casa es la falta de equipo especializado. Sin embargo, realizar el tratamiento en casa le otorga a las personas la ventaja de practicar las destrezas y desarrollar estrategias de compensación dentro de su propio ambiente.

En el Instituto, por ejemplo, además de ello, mensualmente hay talleres o conferencias abiertas al público con dicha problemática en donde se imparten temas a los familiares o mismos pacientes acerca de la comunicación familiar, Estos talleres están a cargo de los programas de Educación para la Salud del servicio de Trabajo Social, y son impartidos por médicos, psicólogos del Instituto. Son talleres y conferencias gratuitas con las que se pretende favorecer la información, educación y calidad de vida del paciente y sus familiares.

## VI RESULTADOS CUALITATIVOS DEL SERVICIO SOCIAL.

En base a las observaciones hechas durante mi servicio social en el área de Rehabilitación y como consecuencia de los resultados observados en ese servicio, pude percatarme de las deficiencias existentes en cuanto a la necesidad de promover una atención psicológica integral en los pacientes, es decir, una intervención que incluya un espacio de comunicación que permita a los familiares adquirir información, desarrollar habilidades de afrontamiento a través de un proceso de ayuda y acompañamiento psicológico profesional para potenciar la calidad de vida de sus pacientes y de ellos con sus enfermos.

Como mencioné, esta necesidad surge como efecto de los resultados cualitativos observados del servicio de psicología de rehabilitación.

En tanto, el papel del psicólogo en rehabilitación es minimizar el impacto de la discapacidad, optimizar las habilidades de afrontamiento, favorecer la recuperación de roles familiares y sociales, minimizar el impacto de la situación de discapacidad en la organización familiar, reestructurar proyecto vital y favorecer el proceso de adaptación. Para ello se realiza el trabajo con el paciente con respecto a los duelos, aceptación, rehabilitación ocupacional, entre otros.

En el área de Psicología de Rehabilitación son atendidos pacientes que llegan con diagnósticos de traumatismos cerebrales, alguna pérdida de algún miembro del cuerpo, esclerosis múltiple, entre los más frecuentes.

Las enfermedades cerebrovasculares con frecuencia desencadenan el estado de gravedad en los pacientes, ya sea de manera repentina, es decir cuando la persona desconoce que es portador de enfermedades o factores de riesgo que han conducido al agravamiento del estado de salud o también cuando la persona sabe que tiene un padecimiento y de manera inesperada se ha complicado para situarlo en un estado crítico. Sin embargo, en su mayoría, los pacientes son ingresados al hospital con algún traumatismo cerebral como consecuencia de un accidente el cual causa una discapacidad y pérdida de funciones mentales y físicas importantes.

En el periodo que estuve en dicha área, se atendieron un total de 45 pacientes de los cuales 7 fueron atendidos como pacientes de primera vez y los 38 restantes fueron pacientes subsecuentes. En el caso de los pacientes de primera vez se llevó a cabo la entrevista inicial

cuyo objetivo es obtener información, entre ella la historia clínica; y para los pacientes subsecuentes se siguió llevando a cabo la psicoterapia o el apoyo psicológico correspondiente a cada paciente.

Los pacientes en su totalidad acuden al servicio de psicología por apoyo psicológico solicitado por parte de sus médicos tratantes en su rehabilitación física, con la finalidad de trabajar aspectos emocionales y conductuales que pudieran estar afectando, limitando o favoreciendo su rehabilitación física, pues como sabemos, son de gran importancia los aspectos emocionales para poder llevar a cabo ciertos objetivos conductuales. De esta manera, se recurre a la sensibilización, aceptación, trabajo de duelos con todos los pacientes que están pasando por situaciones físicas muy complicadas.

Ahora bien, los pacientes en su mayoría se observan resistentes al apoyo psicológico, pues existe en ellos negación y otros mecanismos de defensa que impiden obtener el apoyo de forma óptima, sin embargo, como sabemos, y he ido comprobado con mi observación en este tiempo, a través de una buena y correcta información y explicación acerca de los objetivos de este tipo de apoyo, es crucial para la eficacia e interés del paciente. Se debe fomentar la finalidad y beneficios obtenidos como resultado de este apoyo en su rehabilitación física, pero más importante trabajar sobre las expectativas que tiene el paciente sobre el Instituto y sobre sus mismas capacidades y logros futuros en lo que respecta a su rehabilitación.

Por tanto, los resultados obtenidos por el adecuado manejo de la información que se les brinda ha sido la acelerada rehabilitación de pacientes que no podían caminar y ahora lo hacen como resultado del compromiso con sus terapias. A través del trabajo de duelo con ellos, hay pacientes que han logrado ser independientes y adaptarse al nuevo estilo de vida. Son pacientes que han mejorado su calidad de vida gracias a la aceptación de su diagnóstico y que continúan de manera favorable con la rehabilitación.

En el tiempo que colaboré en dicha área como observadora directa del apoyo psicológico a los pacientes se obtuvieron resultados cualitativos muy significativos en los cuales se refleja el impacto del trabajo psicológico en el avance en cuanto a la rehabilitación física de los pacientes, la independencia que ha logrado, la aceptación a su enfermedad o discapacidad, así mismo como consecuencia el compromiso a su rehabilitación y el compromiso con su propia calidad de vida.

Dentro de estos resultados se observan a pacientes con los cuales se trabaja primordialmente el duelo por la pérdida, en primer lugar, de su capacidad física, de su estilo de vida, de su vida laboral, y todo lo que conlleva su condición actual. Sin embargo, dentro de la subjetividad de cada paciente, el trabajo terapéutico se enfoca en diversas y múltiples áreas de su vida, con el objetivo común de lograr la aceptación, proceso de duelo, mejor calidad de vida en el paciente y sobre todo, lograr una sensibilización para favorecer y promueva el compromiso con sus terapias porque de ello dependerá mucho su rehabilitación física.

Tal como lo acabo de mencionar, otro de los resultados observados fue en cuanto al impacto que tienen las terapias y apoyo psicológico en el paciente con su rehabilitación física, es decir, se observó en todos los casos que a través de la sensibilización por medio de información sobre la condición del paciente y los beneficios e importancia del trabajo psicológico, se logra un mayor compromiso y apego por parte del paciente para con sus terapias. De ello también dependerá el logro de mayor independencia y autoestima que en conjunto favorecerán su rehabilitación.

Ahora bien, durante el proceso de apoyo psicológico al paciente, es importante considerar los apoyos sociales con que este cuenta. Por lo que durante las sesiones se inicia el contacto con los familiares, de ser posible desde el primer día de ingreso. Esto con el fin de permitirles manejar la culpa, la incredulidad y la pérdida y facilitar de esta forma que los contactos sociales del paciente, sobre todo los familiares, estén en mejor capacidad de brindarles asistencia emocional, (Rivelis, 2012).

Sin embargo, debido a que el Instituto no es un centro de salud mental, sino que es un servicio que se ofrece como parte de su recuperación, dicho apoyo debe enfocarse en el paciente primordialmente, y solo en los casos en los que el paciente no está facultado para recibir terapia debido a la ausencia de funciones mentales importantes (lenguaje, atención, inteligencia, pensamiento, etc), el apoyo se hace hacia la familia.

A pesar de ello, durante las sesiones de psicoterapia, los Psicólogos procuran involucrar en la medida de lo posible a los familiares, con la finalidad de mejorar la dinámica familiar y la comunicación a favor del paciente y su rehabilitación, pues la familia es una red de apoyo fundamental para los pacientes.

## VII PROPUESTA DE MEJORA: TERAPIA FAMILIAR GRUPAL A PACIENTES ADULTOS EN REHABILITACIÓN

**7.1 Objetivo:** Generar una integración del paciente y su tratamiento, con su familia, con la finalidad de que tenga una mejor calidad de vida, a través de una Terapia Familiar Grupal.

### **7.2 Situación de los pacientes:**

Desde el momento en que al paciente se le diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir un ingreso hospitalario y/o un proceso largo de rehabilitación física, tanto el paciente como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales.

Durante la hospitalización y proceso de rehabilitación, estos pacientes están sujetos a vivenciar situaciones límites, relacionadas con su propio estado o con el de otros pacientes que forman parte de su entorno, entre las más importantes, el enfrentamiento hacia el duelo. Aun cuando los síntomas físicos han desaparecido persiste el malestar psicológico de estos enfermos y sus familias.

Con frecuencia aparece la duda de las limitaciones futuras que impondrá la enfermedad, respaldado unas veces por creencias populares e ideas irracionales, otras por una realidad que se impone y merma las capacidades del paciente, resquebrajando la autoestima y obligándolo a modificar su posición ante la vida.

Estas realidades exigen una intervención psicológica esmerada que se debe dirigir al paciente y a su familia. Es una labor mancomunada por el equipo de salud, donde cada uno de sus integrantes (médicos, enfermeros/as, fisioterapeutas, psicólogos/as) debe proteger y respaldar el accionar cotidiano encaminado a rescatar la vida del paciente, que no está exento de riesgos, vivencias dolorosas, situaciones estresantes y angustiosas, que asociadas a la personalidad de los enfermos y sus cuidadores, devienen en respuestas personalizadas a veces protectoras, a veces desestabilizadoras.

En este escenario el proceso de comunicación es imprescindible, pues demanda información adecuada con respecto a los diagnósticos, expectativas y alcances, así como a la resolución de dudas y estrategias que ayuden a los familiares a crear tolerancia, empatía hacia sus

familiares enfermos. Sin embargo, actualmente en el Instituto se ofrece el servicio de atención psicológica pero enfocado primordialmente al paciente, y en la mayoría de los casos a sus familiares, pero estos últimos no siempre tienen un espacio en donde poder recibir atención psicológica debido a que el Instituto no es una institución de salud mental, y debe cubrir con los objetivos primordiales, en este caso la atención psicológica al enfermo.

Durante mi servicio social, observé que la atención psicológica al paciente es de mucha calidad y en la mayoría de los casos los beneficios de la terapia individual se ven reflejados en la rehabilitación del paciente, pues el paciente adquiere mayor independencia, autoestima, control emocional, aceptación, entre otros logros como resultado de la Terapia. Sin embargo, debido a la carencia de apoyo psicológico a la familia, muchas veces la situación, calidad de vida y rehabilitación del paciente se ven afectadas por la situación familiar.

De esta manera, y como consecuencia de las deficiencias observadas en el contexto de intervención familiar de los pacientes durante mi servicio social, mi propuesta está dirigida a trabajar con las familias de los pacientes, desde una Terapia Familiar Grupal.

### **7.3 ¿Por qué Terapia Familiar?**

El diseño de mi propuesta está basado en una Terapia Familiar porque considero que para la mejor comprensión de los problemas del ser humano, la familia es un elemento muy importante que tomar en cuenta, pues el enfoque de la familia es considerada como entidad funcional, como un sistema que es intermediario entre la sociedad y el individuo, (Luna, Pérez de la Cruz, Paredes Delgado, Solís Zamora , & Valdes Romo, 2005).

El concepto de familia se ha definido desde diversos enfoques que proporcionan las diferentes áreas del conocimiento. Por lo tanto no es posible construir una definición universal que involucre todos los aspectos.

Sin embargo, el enfoque sistémico constituye la base teórica de toda terapia familiar, desde este marco entendemos que la familia es un sistema y que por tanto, los miembros que lo componen están interrelacionados y cuando uno de ellos tiene un problema o síntoma, los demás también sufren las consecuencias. De esta manera pueden colaborar en la solución, más en el caso de la Rehabilitación en donde el paciente como sus familiares o cuidadores



primarios se ven implicados en un proceso donde experimentan diversas alteraciones emocionales como consecuencia de la condición del paciente.

En general, se trata de un enfoque relacional, donde se trabaja junto con la familia para resolver tanto conflictos familiares, relacionales, como problemas, trastornos o conflictos en uno de los miembros de la familia. Siempre que afecta a todos, todos pueden colaborar en la solución.

Según diversos autores, el abordaje familiar puede ser aplicado a todos los problemas de salud, en este caso a los relacionados con la rehabilitación física, para poder lograr una comprensión más amplia y completa, tanto del problema, como de los recursos y las posibilidades de abordaje y apoyo que pueden utilizarse para el manejo individual o familiar de cada caso.

Desde este punto de vista, diversos autores concuerdan en que las acciones que pueden llevarse a cabo con la familia como unidad de intervención, corresponden a distintos niveles de atención y que los podríamos englobar predominantemente en:

1. Actividades de promoción y educación familiar.
2. Prevención de problemas familiares a través de la Orientación Familiar.
3. Toma de decisiones en el seno de la familia a través de la consejería familiar.
- 4. Terapia Familiar propiamente dicha.**

Como podemos ver, una familia puede ser atendida a diferentes niveles, según sean sus recursos y necesidades, teniendo cada nivel, sus propios alcances, limitaciones y especificaciones.

Sin embargo, de acuerdo a las características y situaciones familiares que se reciben en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en el área de Rehabilitación, mi propuesta es a través de una Terapia Familiar Grupal. Esto debido a que los primeros niveles, 1, 2 y 3 tienen alcances a nivel informativo, y psicoeducativo, tienden a utilizarse como acción preventiva y apoyo pre-terapéutico para la resolución de los problemas familiares. En cuanto a la Orientación Familiar supone apoyo, guía y contención de problemas para que las familias puedan afrontar dificultades en toma de decisiones, momentos de crisis que alteran el

sistema familiar, entre otros. Lo cual se logra a través del conjunto de técnicas, métodos, recursos encaminados a fortalecer capacidades evidentes y latentes. (Luna, Pérez de la Cruz, Paredes Delgado, Solís Zamora , & Valdes Romo, 2005).

Es por ello que aunque algunas familias obtienen grandes beneficios y adquieren capacidades de afrontamiento con la Orientación, en la mayoría de los casos que llegan al Instituto, requieren un abordaje más profundo y experto, pues en la Orientación Familiar no se trabajan propositivamente cambios estructurales, ni se atienden casos como duelos, patologías psicológicas mayores, depresión, ansiedad, entre otras que caracterizan a los familiares con pacientes en condiciones de rehabilitación.

La eficacia que se le atribuye a la Intervención Familiar apunta a dos direcciones, (Luna, Pérez de la Cruz, Paredes Delgado, Solís Zamora , & Valdes Romo, 2005) :

- En primer lugar se dirige al trabajo sobre el vínculo familiar, promoviendo los procesos de separación-individuación, facilitando una distancia óptima en cuanto a las interacciones del sistema, conllevando a procesos más adaptativos en la dinámica familiar y en su relación con el medio; y específicamente en este caso, con el paciente.
- En segundo lugar permite la resignificación de síntomas individuales, directamente relacionados con disfunciones en la dinámica familiar, propicio para la vivencia y reactualización de vivencias traumáticas y gratificantes. Rodríguez (2011), afirma en investigaciones, que el tratamiento de los pacientes, acompañado de psicoterapia familiar suele ser más eficaz en la mejoría y avance del mismo.

Otro punto importante en la Terapias Familiar, es que en ocasiones, el Terapeuta no siempre decide contar con la colaboración todos los miembros, pero siempre tiene presente las relaciones que el paciente establece con su entorno familiar y trabaja sobre ello. Es decir, no es necesaria la presencia de todos los miembros, pues con aquellos más relevantes se pueden generar cambios y mejoras en la familia.

En definitiva, la teoría sistémica no considera la patología como un conflicto de la persona sino como "una patología de la relación".

Desde esta perspectiva el cambio en la familia no se produce trabajando únicamente con la familia sino con otros sistemas con los que se relaciona (familia extensa, asociaciones, fundaciones, otras familias con problemas similares). Por ello, como tema de trabajo en la Terapia Familiar Grupal para pacientes en Rehabilitación propongo las redes de apoyo social.

Así mismo, esta terapia está orientadas al problema y se caracterizan por la búsqueda de una estrategia efectiva de solucionarlo, e intentan transformar los patrones de interacción disfuncionales, alentar la resolución de síntomas y favorecer el crecimiento individual e intrapersonal con los miembros de la familia; es por ello que dentro de los objetivos de mi propuesta está trabajar con el duelo, la ansiedad y la depresión como posibles factores que alteran la armonía familiar, especialmente con el paciente.

#### **7.4 ¿Por qué Terapia Familiar GRUPAL?**

Ahora bien, el diseño de mi Propuesta es una Terapia Familiar **Grupal**, esto debido a que la terapia de grupo ofrece algunas oportunidades únicas, distintas pero a menudo complementarias a otras modalidades de tratamiento, ya que la mayoría de nosotros hemos tenido algún impacto positivo de pertenencia a un grupo.

Además, uno de los objetivos principales de mi propuesta, es que centra sus factores curativos en la propia dinámica del grupo terapéutico, en donde se encuentran o crean todos los elementos necesarios para que cada sujeto que participe en ella pueda pasar por un proceso de aprendizaje-reaprendizaje, que le permitirá ensayar una nueva posición vital. El grupo no solo posibilita el intercambio personal sino que amplía la red de apoyo social que el sujeto recibe. Probablemente uno de los aspectos más importantes de las experiencias grupales se vincula a esta experiencia de compartir.

Por otro lado, la información que el sujeto recibe en el grupo, es mucho más que la que puede obtener a partir de la sola fuente del terapeuta. En el grupo, las fuentes de experiencia e información se multiplican y el contraste no provendrá solo del terapeuta sino también de los miembros restantes, lo que abre un amplio margen para el intercambio de ideas, sentimientos y experiencias, permitiendo que los individuos obtengan una conciencia tanto individual como relacional.

El grupo permite a sus integrantes el logro de una universalidad en cuanto a la apreciación de los problemas comunes, lo cual contribuye a que los sujetos estén menos centrados en sí mismos y dejen de verse como "víctimas de su destino". Cuando un ser humano aprende "verdaderamente" a "ponerse en el lugar de otro", desaparece el juicio moral, el fanatismo, el miedo, la intolerancia y la ira.

A menudo, cuando los pacientes evalúan sus experiencias de grupo, escuchamos comentarios como "Nos ayuda a conocer otras personas que han pasado por lo mismo" o "hablar las cosas, me ayuda a sentirme comprendido." Estos comentarios reflejan parte de la capacidad de curación o factores curativos en grupos.

Según Joan Smith (1995) describe algunos de los factores curativos que caracterizan a los grupos, entre ellos:

- Universalidad: Se refiere al descubrimiento de no estar solo. Hay un tremendo alivio en experimentar "No Soy el único".
- Instalación de esperanza: Inicialmente el optimismo y la creencia en el valor de la experiencia de grupo es conducido por el líder. Esto se refleja en que los miembros del grupo accedan y les impulsa a soportar sus ansiedades iniciales y participar en el proceso del grupo.
- Impartir la información: Este es un fuerte factor particularmente en los modelos psicoeducativos donde hay entrada específica destinada a la ampliación de conocimientos. Esto ocurre en todos los grupos de terapia amplían su conocimiento de lo que ya saben al recibir asesoramiento e información de otros miembros.
- Desarrollo de técnicas de socialización: les permite conocer otras posibilidades, estrategias para aumentar sus redes de apoyo, como el conocimiento de fundaciones, programas de apoyo, etc.
- Aprendizaje interpersonal: Esto se refiere a las personas que aprenden cómo afecta a otras personas. Los grupos también ayudan a las personas a identificar temas y patrones recurrentes en la relación.
- La cohesión del grupo: El sentido de pertenencia, la convivencia y la aceptación mutua es uno de los elementos más poderosos de los grupos.

- Catarsis / ventilación: Este factor se refiere al alivio experimentado cuando fuertes sentimientos se expresan y se comparten.
- Factores existenciales: Los grupos pueden ayudar a los miembros a llegar a un acuerdo con estos problemas y aceptar que en última instancia, cada uno de nosotros debe asumir la responsabilidad por nosotros mismos.

De esta manera, uno de los objetivos de mi Propuesta es que estos factores pueden hacer que la terapia familiar en grupo sea una experiencia profundamente significativa e impactante.

Cabe mencionar que de acuerdo a todas sus implicaciones de la Terapia Familiar, tienden a ser terapias más prolongadas porque están orientadas a patrones multigeneracionales de problemas, sin embargo podemos emplear una Terapia Familiar Breve apegada a los mismos objetivos.

A menudo este tipo de terapia se trabaja en entornos interdisciplinarios complejos en los que los pacientes están involucrados en más de una modalidad de tratamiento.

Lo que es importante desde la etapa inicial es tener una percepción clara y precisa del lugar del grupo de terapia en el plan de tratamiento global del paciente en particular. La terapia de grupo puede ser la intervención primaria, con otras modalidades que actúa como respaldo. O puede ser que el grupo de terapia sea un complemento al tratamiento núcleo que se está llevando a cabo en otro lugar, como lo es el caso de mi propuesta, en donde los pacientes reciben apoyo psicológico individual debido a que el Instituto no es un centro de Salud Mental, pero ofrece un servicio de Psicología que funge como una especialidad auxiliar en los tratamientos médicos, por lo que mi propuesta fungiría como un complemento en la intervención ofrecida.

Finalmente, cuando la comunicación entre el médico, el paciente y los familiares es asertiva, se establece la posibilidad de un contacto humano único capaz de minimizar la angustia (San Román, 2006), ya que a través de esta comunicación se logra aumentar la motivación al cambio, aceptación y disminuir sentimientos de ansiedad, culpabilidad, entre otros observados en este tipo de familias. Por ello la Terapia Familiar Grupal, como una herramienta de intervención, permitiría crear un espacio de escucha que le permita a los

familiares explorar distintas alternativas ante una situación emocional a través de compartir sus experiencias propias, y que incide en sus vidas personales;

Por último, otro aspecto importante a valorar en el diseño de mi propuesta se relaciona con la personalidad de quien ofrece la ayuda; es recomendable expresar actitudes de aceptación y comprensión, lo que favorecerá el proceso de cambio y creará condiciones exitosas para la labor asistencial. Significa ser hospitalarios, empáticos, comunicativos, respetuosos con el paciente y sus allegados, ser deferentes y no permisivos, humanitarios por demás.

Además esta labor exige un profesionalismo y capacitación previa para poder intervenir en familia, recurso con el cual el Instituto cuenta, pues hay psicólogos especializados en terapia familiar, los cuales pudieran ser los encargados de dirigir la intervención; así mismo, la Coordinación de Psicología se encarga de la supervisión de todas las actividades, por lo que pudiera apoyar a la actividad.

La supervisión puede facilitar el empleo eficaz de técnicas y/o conocimientos. Quien dirigirá la terapia familiar debe tener una extensa información sobre el tipo de intervención y técnicas a utilizar, así como de los modelos a utilizar, los cuales pueden ser elegidos y estudiados por ambas partes. Esta supervisión puede llevarse a cabo a través de la observación directa y/o por medio de la descripción en reportes por parte del terapeuta que lleva a cabo dicha actividad. De esta manera, se favorece y optimiza la eficacia de la intervención así como el aprendizaje, mejoramiento y éxito.

En este escenario el proceso de comunicación es imprescindible. El primer sistema de señales (la gestualidad, la mímica) debe cuidarse con esmero porque puede delatar a los profesionales y agudizar el sufrimiento de los enfermos. El paciente debe ser tratado con dignidad y respeto, muchas veces tiene temor a que no se le diga la verdad, de ser un anónimo, con pérdida de su identidad, temor al sufrimiento, siente ansiedad acerca de su futuro después del alta y puede tener un sentimiento de vulnerabilidad y necesidad de confiar.

Como último punto a describir de mi propuesta, la Terapia Familiar Grupal está dirigida al área de Psicología correspondiente al área de Rehabilitación del Instituto Nacional de Rehabilitación. El Objetivo principal de la Propuesta es Generar una integración del paciente

y su tratamiento con su familia, con la finalidad de que tenga una mejor calidad de vida, a través de la intervención de Terapia Familiar Grupal.

### **7.5 Proceso de Admisión a la Terapia Familiar Grupal**

Debido a que el Instituto solo proporciona Terapia Individual para el paciente, mi propuesta va dirigida a toda la familia.

#### **Admisión**

El proceso de admisión se debe centrar en la canalización a la Terapia Familiar, de aquellos pacientes cuyos conflictos psicológicos se dificultan ser tratados sólo con la terapia individual y que por la que su recuperación y mejoramiento de su calidad de vida está basada en el apoyo familiar.

#### **Formación del Grupo**

Considero que la formación de cada grupo para realizar la Intervención familiar puede estar conformado por familiares de 10 pacientes, idealmente los 2 familiares más relevantes por cada paciente, sumando un total de 20 personas aproximadamente por grupo.

#### **Canalización del grupo**

Dichas familias serán enviadas por los psicólogos del área, quienes a través de un breve reporte, solicitarán a la Coordinación de Psicología ser considerados en los grupos de Terapia Familiar. La Coordinadora del área de Psicología de Rehabilitación sería la encargada de recibir los informes y asignar los grupos a los psicólogos especialistas en Terapia Familiar del área, quienes estarían al frente de la intervención.

#### **Duración de la Intervención**

De esta manera, la Terapia Familiar Grupal Breve sería de 12 sesiones, 1 cada 15 días, con una duración de 50 min a 1 hr por sesión.

Las sesiones se llevarían a cabo en los espacios de cámaras de Gesell con las que cuenta el Instituto. No habría costo adicional al que pagan los pacientes por su terapia, pues se pretende ofrecer un servicio complementario y en horarios previamente establecidos por el terapeuta y pacientes.

## 7.6 PROCESO TERAPÉUTICO

A lo largo del proceso terapéutico de la Terapia Familiar Grupal, se pretende trabajar los siguientes temas descritos en la siguiente tabla, de acuerdo a las necesidades observadas durante mi servicio social y descritas anteriormente, distribuidos en 12 sesiones:

PROCESO TERAPÉUTICO	
FASE INICIAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Presentación del terapeuta.</li><li>- Bienvenida.</li><li>- Objetivos de la Intervención.</li><li>- Establecimiento de reglas</li><li>- Evaluación Inicial.</li><li>- Motivo de Consulta y evaluación del problema.</li><li>- Construcción de Hipótesis.</li></ul>
FASE INTERMEDIA	<ul style="list-style-type: none"><li>- Forma de Trabajo</li><li>- Se promueve la expresión de emociones y sentimientos.</li><li>- Reencuadramiento.</li><li>- Se abordan temas de duelo, ansiedad, el cambio de actitudes y conductas.</li><li>- Se propicia compartir las experiencias.</li></ul>
FASE FINAL	<ul style="list-style-type: none"><li>- Se planifican estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.</li><li>- Integración de la familia.</li><li>- Evaluación sobre los resultados de la intervención</li><li>-Cierre de la Terapia</li></ul>

**Tabla 1.** Propuesta del Proceso Terapéutico para la Terapia Familiar grupal a familiares con pacientes adultos en Rehabilitación.

### 7.6.1 FASE INICIAL de la Terapia Familiar Grupal:

Se pretende llevar a cabo en las primeras 2 sesiones de la Terapia.

En esta Fase Inicial se busca establecer un contacto adecuado con los familiares; la finalidad es atenuar lo mejor posible las resistencias o temores naturales frente a la presencia del terapeuta. El terapeuta debe ganarse la confianza para que dicha familia logre colaborar con los planteamientos que surgirán en la terapia.



En esta primer tarea se llevará a cabo:

- 1) Presentación del terapeuta: el Terapeuta junto con la Coordinadora del área de Psicología (quien será la supervisora de la Terapia), se presentan ante los miembros del grupo proporcionando nombres, cargo que desempeñan en el Instituto y el papel o rol que desempeñarán en la Terapia Familiar Grupal.
  
- 2) La bienvenida: Se describen los objetivos generales y específicos del apoyo psicológico a la familia, con la intención de sensibilizar a los miembros de las familias de recibir, comprometerse y ser constantes con el apoyo brindado; a través de la proporción de información como la importancia y beneficios que se obtendrán con la Terapia Familiar Grupal.

En esta primera actividad también se sugieren el empleo de técnicas como la coparticipación (Minuchin, 1990). Estrategia formulada por el modelo de terapia estructural que consiste en sentirse parte del sistema al cual se ingresa como terapeuta; por tanto, consiste en mantener plena conciencia de que al entrar en contacto con determinada familia, se genera un nuevo sistema, el terapeuta por su parte, actuando desde un bagaje personal, con aprendizajes, experiencias y desarrollos técnicos previos que le permite una acción sintética entre la preparación teórica-técnica y la libertad-espontaneidad necesaria en la intervención.

Otros elementos más de la coparticipación son la participación y el compromiso con los familiares, que implica estar abierto, alerta y sensible a lo terapéutico, así como el deseo y la plena conciencia de que si bien el problema presentado por las familias en realidad no es propio, la meta de resolverlo es común.

La coparticipación es una actitud de colaboración mutua y recíproca; si la familia no pone de su parte, la meta no se consigue; si el terapeuta no realiza sus funciones de forma adecuada y decidida, tampoco se logran los objetivos.

- 3) Se informa a los miembros familiares algunos de los objetivos principales de la Terapia, con el fin de sensibilizarlos a tomarle importancia, sentido y compromiso a su asistencia.

Los Objetivos de la Intervención son:

- Se enfoca en el presente y se pretende realizar acciones que modifican el presente
- Ofrecer un contexto de apoyo en el periodo inmediato a los familiares, proporcionando contención, información y apoyo atendiendo a sus necesidades prácticas y emocionales inmediatas.
- Disminuir los niveles de ansiedad a través del diálogo compartido de experiencias con otras familias en situaciones parecidas.

4) Establecimiento de reglas: consiste en informar al grupo la hora, días y lugar en que se llevarán a cabo las sesiones, así como algunas reglas de convivencia preestablecidas por el terapeuta. Durante las sesiones podrían surgir o modificarse algunas reglas dependiendo del ritmo y clima de trabajo del grupo.

Reglas preestablecidas en mi propuesta para la Terapia Familiar Grupal, son:

- \*10 min de tolerancia.
- \*Con 3 faltas se dará de baja a los familiares en la Terapia.
- \*Respeto hacia quien está hablando.
- \* Escucha pasiva y empática, cooperación y participación.
- \*Pedir la Palabra antes de Interrumpir a quien está hablando.
- \*Aparatos electrónicos silenciados.
- \*Salidas durante las sesiones sólo en casos de emergencia.

5) Evaluación Inicial

Los procesos de evaluación y tratamiento van íntimamente ligados, ya que forman parte de un mismo proceso de intervención, sin embargo, la desconexión de la evaluación con el tratamiento es uno de los problemas que caracterizan la panorámica actual en la evaluación de las discapacidades, debido a que la evaluación se lleva a cabo con un objetivo de diagnóstico y clasificación, pero no suele ir unido a un tratamiento. De aquí que en mi propuesta incluyo la necesidad de la evaluación como parte del tratamiento.

En este sentido, McGowan y Porter (1976) señalan que se debe realizar una evaluación psicológica cuando hace falta una determinación del deterioro o deficiencia mental, cuando se sospecha de alteraciones psiquiátricas, de discapacidades o alteraciones que requieran una evaluación especial, o cuando hace falta información psicológica o la existente es contradictoria, así como cuando el programa de rehabilitación resultaría costoso o de larga duración.

En el servicio de psicología del Instituto se ofrece dicha evaluación como parte fundamental en muchos de los servicios, especialmente en el área de Foniatría y Patología de lenguaje en donde la evaluación es la principal actividad que se lleva a cabo antes y después de la intervención del paciente. Asimismo, en el servicio de Psicología de Rehabilitación, la evaluación es llevada a cabo como un objetivo de diagnóstico, aunque no para todos los casos es llevada de forma profunda haciendo uso de instrumentos específicos, pero sí para todos los casos se procura realizar evaluaciones cuyos objetivos son ir dirigiendo el rumbo de la terapia en base a los resultados observados y evidenciados por el paciente, sobre todo en avance en su rehabilitación.

En este contexto, la evaluación propuesta para la Intervención Familiar Grupal que planteo en este trabajo, implica las evaluaciones que se realizan durante la intervención o a su inicio, haciendo un énfasis especial sobre la evaluación de la calidad, en donde se pretende hacer un análisis sobre diversos dominios en el físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno familiar, entre otros pretendiendo con los resultados, prestar atención en las variables que más estén afectando o alterando el rumbo de su rehabilitación, así como aquellas variables que favorezcan u optimicen la misma.

Por ejemplo, el terapeuta pudiera iniciar la evaluación con preguntas más abiertas como “por favor preséntate y dinos algo acerca de tu situación y qué esperarías o qué te gustaría poder trabajar aquí”. De esta manera el Terapeuta puede comenzar a

hacer una evaluación de las características de la familia así como de sus expectativas en el Terapia familiar.

Cabe mencionar que la evaluación es un proceso que no solo se inicia con la primera entrevista, sino que debe perdurar durante la intervención, de manera que gradualmente los miembros irán compartiendo más información y el terapeuta podrá ir confirmando o desarrollando más hipótesis.

Como resultado de la evaluación, por ejemplo, lo observado en el consultorio confirma una de las observaciones que hizo (Fisher y otros, 1992) quienes en un estudio sobre variables que tienen relación con medidas de salud y enfermedad, se encontró que las variables que mostraban una alta correlación con problemas físicos son: baja cohesión familiar, alto conflicto familiar, límites intrafamiliares y extrafamiliares demasiado rígidos, bajos niveles de organización familiar y apoyo escaso familiar.

Estas evaluaciones, que van complementadas con valoraciones cualitativas, se pueden llevar a cabo a través de un Diagnóstico estructural, el cual consiste en buscar obtener hipótesis acerca no solo de la calidad de vida en general de la familia, sino también sobre aspectos de su dinámica y estructura familiar, como las alianzas, coaliciones, límites, relaciones, distribuciones de poder, entre otras, dentro de la familia, (Rivas, 2013). En el siguiente cuadro se describen las metas primordiales que se pretenden alcanzar con la evaluación.

#### **Metas de la Evaluación Inicial**

1. Elaborar un diagnóstico Estructural que incluya observaciones por parte del Terapeuta sobre calidad de vida, alianzas, coaliciones, límites, relaciones entre los miembros de las familias.
2. Proporcionar espacio para que los familiares puedan expresar los síntomas y problemáticas que sientan en su núcleo familiar, pero relacionado en el contexto del paciente. Redefinición de los problemas a partir de lo que refieran los familiares.
3. Evaluación de la disposición del cambio de los familiares. Esto se integra en la redefinición del problema por el terapeuta y en la fijación que hace de los objetivos, nunca perdiendo la relación con la rehabilitación del paciente.
4. Determinar las metas del tratamiento, lo cual realiza en cooperación con la familia para que exista un acuerdo colectivo sobre los resultados deseados. Estas metas deben estar enfocadas en la

rehabilitación del paciente así como en la calidad de vida de la familia con la situación del paciente.

5. Seleccionar las unidades de tratamiento y una planificación preliminar de las etapas de tratamiento, así como de las técnicas e información necesarias para intervenir, ya que no todo sucederá en seguida y quizá no todos los miembros intervengan de la misma forma.

**Tabla 2.** Metas de la Evaluación Inicial, (Rivas, 2013).

Por último, se puede entender que un diagnóstico estructural es siempre una hipótesis acerca de las reacciones e influencias mutuas entre todos los miembros de una familia, así como con la propia familia total. Pero sobre todo, en esta hipótesis se debe incluir la forma y las propias interacciones, conductas e influencias mutuas que pueden relacionarse con los síntomas que se presentan en la familia, (Rivas, 2013).

6) Motivo de Consulta y evaluación del problema.

Como parte del proceso de evaluación, se liga con la exploración del Motivo de Consulta, en el que el terapeuta puede hacer uso de diversas técnicas, entre ellas, técnicas de desafío, que implican el cuestionamiento del síntoma (Ejemplo: ¿Por qué está usted aquí?), la estructura familiar (¿Considera tener problemas en su familia?, ¿Qué problemas?, ¿Con quién?), la realidad familiar que va de la mano con la calidad de vida (¿qué le gusta y qué no le gusta de su familia?, ¿Qué les gustaría cambiar de su familia?); así como la escenificación y focalización. También el uso de técnicas reestructuradoras que incluyen la fijación de límites, el desequilibrio, el aprendizaje, la reestructuración de significados, etc, (Rivas, 2013).

Sin embargo, en el caso de mi Propuesta en donde recordemos que consta de la canalización de los Psicólogos del área, en muchas ocasiones los familiares no tienen claro el motivo de su presencia en la Terapia, por lo que el terapeuta pudiera emplear otro tipo de técnicas como preguntas más abiertas para permitir que el paciente esclarezca su motivo de consulta. Por ejemplo, puede iniciar diciendo “¿Por qué cree usted que el terapeuta de su familiar enfermo le sugirió venir a la Terapia Familiar?, ¿Qué le dijo él sobre la Terapia Familiar Grupal?”.

Es necesario para el terapeuta poner sumo cuidado en identificar la forma en que la familia concibe y responde a su problema, en este caso se hace énfasis en los

problemas relacionados del paciente en rehabilitación, los cuales pueden estar asociados con el cuidado del paciente, la pérdida de roles, e incluso con las expectativas sobre la Institución con la rehabilitación del paciente. Aquí que la tarea del terapeuta consiste en primero identificar con claridad la definición que hace la familiar del problema, para luego cuestionarla.

El Objetivo en este punto es modificar o replantear la idea o la concepción que la familia ha construido del problema; la intención es mover a sus miembros para que busquen respuestas de tipo afectivo o cognitivo, y conductas diferentes

Es ésta una de las razones por las cuales Minuchin (1994), propone en su modelo estructural la visualización necesaria de la familia como un todo que funciona como un organismo; dentro de éste se hallan las respuestas que la propia familia da al problema, es decir, la forma en que la familia se organiza alrededor del problema con la intención de resolverlo, sin advertir que en muchas veces estas mismas soluciones se vuelven parte del problema.

Este cuestionamiento de síntomas se puede hacer tanto de manera explícita como implícita, es decir, con mensajes directos o indirectos. Se pretende generar o buscar en los miembros respuestas afectivas o cognitivas, y conductas diferentes de tal modo que pueda advertir que lo que hacen o dejan de hacer afecta y se relaciona de forma directa con las conductas de los otros, incluido el miembro "problema", tal y como las mismas conductas de los otros terminan por afectar al propio sujeto, incluido el problema. (Rivas, 2013).

Por otro lado, los sectores disfuncionales más comunes dentro de las familias que se encuentran frente a la condición de su paciente en rehabilitación, obedecen a menudo a una alianza excesiva o escasa. Por esta razón, la terapia es en buena medida un proceso en el que se verifica y se modifica la proximidad y distancia.

## 7) Creación de Hipótesis:

De acuerdo a toda la información que los familiares van expresando, el Terapeuta va formulando hipótesis acerca de las principales necesidades que observa en el grupo, con el objetivo de orientar los temas de la Intervención a las necesidades de los familiares. Sin embargo, como mencione en puntos anteriores, éstas pueden ir cambiando o reafirmandose conforme los miembros vayan compartiendo más información.

### **7.6.2 FASE INTERMEDIA:**

Se pretende llevar a cabo entre las sesiones 2 y 9.

## 8) Forma de Trabajo:

Una vez que el Terapeuta haya obtenido cierta información sobre la dinámica del grupo, características, haya formulado hipótesis como resultado de la evaluación inicial, entre otras, decidirá la forma más conveniente de trabajar.

Dependiendo incluso del tamaño del grupo, de algunas características de los miembros como la personalidad, tolerancia, que algunos hablan más que otros, entre otras cosas, el Terapeuta podrá definir la forma de trabajo.

En mi propuesta, la participación de los miembros del grupo es primordial, por lo que la forma de trabajo puede estar basada en la participación, permitiendo y propiciando a que los miembros del grupo hablen en forma ordenada, respetuosa y empática, fomentando una intervención y participación por miembro como mínimo en cada sesión, con el debido respeto y empatía.

Mi propuesta está basada en la participación de experiencias compartidas, sin embargo, tanto el terapeuta como los miembros del grupo pueden hacer uso de otras formas y dinámicas como role playing, feedback, entre otras, además de las técnicas y

tareas propuestas para los temas de duelo, ansiedad y cambio de actitudes y conductas.

En esta parte de la Terapia se reafirmarán algunas normas como el respeto, empatía, no emisión de juicios, respeto mientras otros hablan, etc.

9) Se promueve la expresión de emociones y sentimientos:

Una vez hecha la evaluación inicial y haber obtenido información sobre las mayores necesidades de los miembros de la familia a través de hipótesis hechas por el (la) Terapeuta, se promueve a la expresión de sentimientos, experiencias, logros, expectativas que ayuden a generar empatía, otros horizontes de posibilidades de respuesta, de afrontamiento al problema; así como evitando generar juicios entre los miembros del grupo. Esto con el objetivo de empatizar y favorecer la resolución de problemas, además de que uno de los objetivos principales de esta actividad es disminuir los niveles de ansiedad al darse cuenta que no son los únicos que se encuentran en la misma situación y que probablemente hay situaciones peores.

Esta tarea va de la mano de técnicas de modificación de la visión de la realidad, que el terapeuta puede utilizar para ayudar a estimular emociones positivas y crear alternativas de cambio:

10) Reencuadramiento:

Consiste en hacer que los miembros de la familia se vivencian en sí mismos y a los demás de manera diferente, creando cambios cognitivos de pensamientos y percepción de la realidad.

En la propuesta que estoy planteando en este trabajo, hago énfasis en la importancia de una intervención en grupo, la cual se vincula con esta técnica, pues este método grupal propicia a la creación de un espacio en donde las familias tienen oportunidad de escuchar otras situaciones y compartir la experiencia propia, de manera que se



favorece a la actitud empática, a la ampliación de posibilidades de respuesta ante la problemática, es decir, a través de la escucha de otras experiencias similares de otras familias, las mismas pueden reestructurar sus moldes y encontrar otras posibilidades de enfrentar sus problemas.

De la misma manera, las familias pueden llegar a adoptar mayor fuerza, voluntad, esmero e incluso fe ante la situación, que en conjunto con sus acciones pueden favorecer mucho a su calidad de vida con el paciente.

Para Salvador Munichin (1994) y su equipo, la rigidez de los moldes que la familia tiene, es una de las principales fuentes de problemas, ya que no permite la variación, la alternancia, la creatividad o la búsqueda de formas diferentes y novedosas de actuación que favorezcan una verdadera solución a la problemática y demandas actuales planteadas del sistema y sus miembros.

La figura del (la) Terapeuta debe reunir no sólo una preparación técnica y el dominio de contenido y técnicas, sino que su "curar terapéutico" tiene que ver con su humanidad y su arte. La forma y la intensidad con la que se actúa con la familia están basadas en su criterio personal de experiencias, valores y creencias. Según Bermúdez & Brink, (2010), es muy importante tener presente que el (la) Terapeuta:

- No es responsable de la vida de la familia, pero sí de la terapia.
- Es receptivo a las iniciativas y respuestas de la familia.
- Utiliza las experiencias como formas de romper esquemas, ideas preconcebidas, prejuicios, individuales tanto familiares, que ayudarán al crecimiento óptimo.
- Tiene que saber mantener la tensión y ansiedad, como forma de provocar e cambio.

### 11) Trabajo con DUELO:

La exposición a enfermedades, accidentes y otras experiencias traumáticas confronta a los sobrevivientes con retos inmediatos y no demorables, suponiendo para algunos el desarrollo de problemas. Hay un gran cuerpo de literatura científica que muestra

que una variedad de experiencias traumáticas pueden causar problemas psicológicos significativos para un gran número de personas.

Muchos individuos muestran gran resiliencia en el afrontamiento de tales experiencias y manifestarán reacciones cortas y subclínicas que disminuirán con el tiempo, y se recuperará sin ayuda médica o psicológica. Sin embargo, algunas personas pueden desarrollar un amplio rango de problemas psicológicos después de la exposición al acontecimiento, incluidos trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, de estrés agudo y reacciones al duelo patológicas, (Tabuena, 2012).

Es por ello que el primer objetivo de la intervención es que la víctima deje de serlo cuanto antes y pueda tomar las riendas de su vida, y para ello es importante empezar por que adquiera un papel activo y de control sobre sus reacciones, que debe entenderse siempre como normales, y todo esto con la intervención en el duelo (Tabuena, 2012).

En este contexto y para los pacientes que se encuentran en este tipo de situaciones, el apoyo consiste en: escuchar, proporcionar información real y actualizada sobre dudas respecto a la enfermedad o condición física, respecto a expectativas hacia con el Instituto, movilizar el apoyo social y normalizar los síntomas de las reacciones a estrés, ansiedad o depresión que pudieran presentar los pacientes o familiares en la primer entrevista.

Las tareas del duelo son:

- Aceptar la realidad que implica, reconocer la discapacidad. La aceptación se logra a través de la comprensión, por lo que el describir los hechos, narrar y relatar información difícil de procesar, ayudan a las personas a ir logrando una mayor aceptación a través de la comprensión.
- Trabajar las emociones y el dolor a través de favorecer la expresión emocional.
- Adaptarse al medio en la nueva situación y continuar con un proyecto vital con la nueva identidad social. Para ello la familia deberá, en muchos casos, redistribuir roles intra y extra familiares.

Por tanto, en mi propuesta, las tareas a realizar tienen que ver con el aprender a convivir con la enfermedad, movilizandolos recursos emocionales, materiales y de información.

a) Ayudar a informarse claramente sobre la enfermedad con el médico y mediar con el terapeuta, si hace falta información o hay dudas al respecto. La mayoría de las familiares informan de experiencias negativas con al menos una parte del sistema médico.

Para esta tarea se pretende preguntar a los familiares qué es lo que saben acerca del padecimiento, condición, expectativas, alcances y tratamientos de sus familiares enfermos, con la finalidad de que el terapeuta pueda complementar información, aclarar dudas, desmentir información, entre otras.

b) Movilizar los recursos de red social y ayudar a negociar entre los miembros de la familia.

En esta actividad se pedirá a los familiares contemplar la posibilidad de contar con apoyos familiares o de otras fuentes, es decir, en el caso de recursos económicos, buscar e incluso sugerir instituciones o programas que pudieran apoyar su condición. En el caso de recursos sociales, buscar apoyos que los familiares consideren favorecerán a la rehabilitación del paciente.

c) Experiencia compartida del dolor, de la pena, permitiendo expresar libremente todos los sentimientos asociados de los familiares.

Facilitar la expresión de sentimientos y normalizarlos. A la familia le resulta difícil verbalizar los sentimientos que les produce la enfermedad del paciente. Mantenimiento de la esperanza.

Esta tarea se llevará a cabo a través del diálogo compartido, en donde las familias tendrán oportunidad de compartir experiencias en cuanto al cuidado, relación, comunicación con el paciente, entre otras. Esta actividad tiene como finalidad generar empatía, y ampliar la percepción de los familiares al respecto, pero entre los objetivos más importantes es: Reconocimiento compartido de la realidad de la discapacidad.

- d) Reorganización del sistema familiar, asumiendo las funciones que no pueda cumplir el discapacitado.
- e) Finalmente, muchas veces es necesario el establecimiento de nuevas relaciones y metas de vida, que la propia familia planteará y creará de acuerdo a sus condiciones y posibilidades.

## 12) Trabajo con la ANSIEDAD:

Como he venido mencionando anteriormente, la exposición a enfermedades, accidentes y otras experiencias traumáticas confronta a los sobrevivientes con retos inmediatos y no demorables, suponiendo para algunos el desarrollo de problemas, entre ellos la Ansiedad. Esta se caracteriza por una sensación de inquietud de manera diferente y se puede activar ante situaciones de riesgo inexistentes. Así, esta reacción que originariamente es útil para la supervivencia, al aumentar se convierte en una fuente de malestar.

Sus síntomas más frecuentes son la preocupación, miedo o temor, pensamientos negativos, sensación de no tener el control de la situación, e incluso síntomas fisiológicos como tensión muscular, sensación de sofoco, temblores, dolores de cabeza, sudoración excesiva, entre otros. Estos síntomas bloquean la progresión óptima de los pacientes en rehabilitación, así como malestares y aliteraciones en la armonía de la familia, por lo que la importancia de enseñar a los familiares a cómo manejarla, radica en todo lo anteriormente mencionado.

La variedad de técnicas y estrategias de intervención es, afortunadamente, muy amplia y que nos permite en esta profesión echar mano de muchos recursos para proporcionar un mejor bienestar psicológico al paciente.

Es por ello que en la Intervención Familiar Grupal que propongo, se pretende enseñar a las personas técnicas para controlar y disminuir la ansiedad. Dentro de ellas, como primer punto, se pretende enseñar a los familiares a relajarse, disminuir la activación fisiológica, soltar los músculos, respirar correctamente, imaginar, etc, a través de ejercicios de respiración, ejercicios corporales, entre otros.

Aunado a esto, se pretende trabajar la ansiedad a partir de técnicas cognitivo-conductual, pues la base terapéutica para la ansiedad patológica está en la aceptación.

### ***Técnicas de Relajación y Respiración.***

Los cambios psicofisiológicos producidos como consecuencia de la situación y condiciones físicas y psicológicas por la que atraviesan pacientes y sus familias durante un proceso de Rehabilitación, son naturales, pero el reiterado desencadenamiento de la respuesta de estrés sin dar salida a la energía acumulada, puede ser perjudicial para la Salud.

Como ejemplo de ello, durante mi servicio social, pude observar que muchos de los pacientes limitan y dificultan su rehabilitación física a causa del estrés, pues el incremento de la rama simpática del sistema Nervioso autónomo que desencadena el estrés, tensa los músculos causando dolor y rigidizándolos aún más, y de esta manera no permitiendo la movilidad y flexibilidad requerida para sus ejercicios físicos, sumando a esto, las repuestas de ansiedad o miedo que esta activación provoca.

La relajación y respiración, son estrategias eficaces para disminuir la activación excesiva, cuyas bases teóricas proceden de las investigaciones que comprueba los cambios psicofisiológicos operados por la relajación. De manera que las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación de condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos., ya que la relajación se considera un estado de hipoactivación que puede ser facilitada por diversos procedimientos.

De los diversos procedimientos que existen, en mi propuesta de Terapia Familiar, propongo dos: Relajación progresiva y Técnicas de Respiración, ya que de acuerdo a las características de los pacientes y las enfermedades que los atañen, son fáciles de aprender, muy útiles y de sus beneficios favorecen su rehabilitación.

#### **Relajación Progresiva:**

Es una técnica desarrollada por Jacobson, y está dirigida a conseguir niveles profundos de relajación muscular. Se enseña al sujeto a identificar el nivel de tensión muscular en las distintas partes del cuerpo mediante ejercicios de tensión y relajación. Posteriormente

la persona podrá poner en marcha estas habilidades una vez que haya identificado la tensión en alguna zona de su cuerpo.

Esta técnica se basa en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular, la cual aumenta la ansiedad.

Para su práctica, se puede adoptar diferentes posiciones:

- a) Postura idónea: sentado cómodamente en una silla, descansando la cabeza sobre el respaldo, los brazos apoyados sobre las piernas.
- b) Acostado

Para esta sesión, es muy importante que el (la) Terapeuta proporcione una explicación apropiada y la justificación de los procedimientos que van a seguir:

- Una vez que los familiares se encuentren en la posición adecuada, el (la) Terapeuta debe indicar que su atención debe centrarse en un grupo de músculos.
- A la señal del Terapeuta, el sujeto tensará los músculos, manteniendo esta tensión por 5 segundos.
- Cuando el Terapeuta indique, el sujeto relajará rápidamente sus músculos, y concentrándose ahora en las sensaciones que experimenta en la zona relajada.

Al término del ejercicio el (la) Terapeuta debe hacer que los familiares aprendan a focalizar tanto la tensión como la relajación muscular, adquiriendo el control de su propio cuerpo y mente.

### Técnicas de Respiración:

Estas técnicas operan mediante las interacciones cardiorrespiratorias., con el fin de inducir a los sujetos a tranquilizar su ritmo cardiaco y de esta forma lograr que la ansiedad y estrés disminuyan. Se logra a través de diversas técnicas pero una de ellas es volcar el foco atencional hacia la propia respiración.

En la práctica, se pide a los sujetos ponerse en una de las posiciones anteriormente descritas, posteriormente, con los ojos cerrados preferentemente, pedirles que dirijan su atención a su respiración, sintiendo su ritmo cardiaco, su velocidad y ayudándose de pensamientos que les permitan sentirse más relajados.

La finalidad es que alcancen un ritmo respiratorio tranquilo, con el cual no sientan estar tensando su cuerpo y permitan a su mente dirigirse hacia la relajación.

### ***Técnicas cognitivo-conductual: La aceptación.***

Aceptar plenamente algo supone vivir con ello, sin querer cambiarlo, sin hacer nada para modificarlo. Supone conocerlo y abrirse a experimentarlo sin restricciones. También supone seguir con el propio proyecto desde esa experiencia, es decir, sin renunciar a nuestros seguir nuestros valores porque aquello esté presente. Los pasajeros no solamente hablan, también se agarran a nuestro cuerpo haciéndonos sentir terriblemente mal. Uno de sus argumentos más potentes es que en la situación en la que nos dejan nuestras sensaciones no podemos seguir la ruta que nos habíamos marcado.

Aceptar nuestros pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones es dejar de hacer todo aquello que empleamos para evitarlos. Se trata de evitar. Se trata de escucharlos y sentirlos y seguir adelante con lo que nos importa, conducir en la dirección elegida con el pasajero agarrado a nuestro cuerpo y haciéndonos daño.

En este sentido, la familia puede jugar un papel de apoyo muy importante a la hora de combatir los trastornos de ansiedad de uno de sus miembros. Pese a que el paciente es el principal foco de atracción del tratamiento, la familia puede ayudar tomando parte en el programa de tratamiento. Con una formación adecuada, pueden acompañar al paciente en las situaciones que generan ansiedad ofreciendo sostén y aliento, y ayudando a crear un entorno que fomente la curación.

Los miembros de la familia pueden ayudar:

- Reconociendo y elogiando los pequeños logros de los pacientes
- Modificando las expectativas del paciente durante los períodos de estrés
- Midiendo la mejoría en base a los progresos hechos por el individuo, sin establecer comparaciones con rígidas normas externas
- Siendo flexibles y tratando de mantener una rutina normal.

### 13) Trabajando el Cambio de Actitudes y Conductas.

El cambio familiar, según Rogers, y entendido fenomenológicamente, se presenta fundamentalmente en la calidad y el nivel de profundidad de las relaciones en el grupo familiar. Es decir, los miembros de la familia se sienten libres para ser lo que son, se expresan de acuerdo a la vivencia orgánica que experimentan, respetan el derecho de los demás a ser diferentes, y como generalmente no adoptan posturas defensivas, logrando una comunicación más honesta y genuina, (Luna, Pérez de la Cruz, Paredes Delgado, Solís Zamora , & Valdes Romo, 2005).

El cambio sería producto de:

1. Alternativa Narrativa: explicación racional sobre la complejización histórica de la familia.
2. La explicación emocional como reconocimiento de sus sentimientos más hostiles y protectores.
3. La escucha del otro como aceptación de la diversidad, de la ajenidad, de lo distinto a lo propio.

Los cambios se dan en las siguientes áreas:

- Mayor expresión de los sentimientos: Para este objetivo se propicia a los familiares expresar sus emociones y sentimientos, ofreciendo la mayor empatía y respeto.
- Relaciones vividas sobre una base real: Propiciar que los familiares describan sus situaciones, relaciones y problemas de manera objetiva, describiendo tal como es sin juzgar, para conocer el punto de partida del cambio.
- Mejoramiento en la comunicación: Propiciar que los familiares creen estrategias que hagan mejorar la calidad de la comunicación entre los miembros de la familia, principalmente con el paciente.
- Respeto por la individualidad del otro.

Al igual que en la terapia individual, en el caso de la familia se postula que ciertas actitudes son necesarias y suficientes para promover el cambio terapéutico. La



diferencia fundamental es que en la terapia familiar grupal el crecimiento es compartido y se da mediante el diálogo con el otro, no conmigo mismo. Esto implica vivir y crecer a partir de las afinidades, pero sobre todo de las diferencias de cada familia.

### 7.6.3 FASE FINAL

Se pretende llevar a cabo entre las sesiones 10 y 12.

#### 14) Planificar estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.

Como mencioné en un principio, desde el momento en que el paciente se enfrenta con un proceso de rehabilitación física, tanto él como sus familiares o cuidadores primarios se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales, sometiéndolos a situaciones límite como la desesperación, impotencia, enojo, tristeza, derivados de la condición del paciente, cambio de vida, gastos económicos, etc.

Algunas familias cuentan con ciertas herramientas que ayudan y facilitan la asimilación y manejo de la situación, sin embargo, la mayoría de ellas carece de estrategias de afrontamiento que les ayude a llevar la situación. Es por ello la necesidad de enseñar, crear y desarrollar estrategias entre los miembros familiares durante la Terapia Familiar Grupal, para garantizar que las familias puedan no solo resolver conflictos del presente sino poder resolver los futuros.

En la práctica terapéutica, se puede hacer uso de los rituales como parte de las tareas o prescripciones, con los cuales se pretende que la familia realice determinadas conductas perfectamente definidas, en lugares prefijados de antemano. La intención del Terapeuta es asegurarse que el sistema se vea sometido a la acción reiterada de una conducta o de una información nueva. La lógica empleada es que una vez que la conducta se ha incorporado al sistema éste ya no es libre de reaccionar o no: necesariamente tiene que responder, creando situaciones alternativas a la sintomática.



De manera que se procederá a prescribir un ritual cuando la situación esté muy confusa como una forma de introducir orden y secuencialidad. Por ejemplo: en el caso donde el paciente enfermo se resiste a hacer su rehabilitación, puede hacerse uso de este tipo de intervención, proporcionando tareas específicas con horarios, lugares e instrucciones específicas durante un tiempo, y posteriormente analizar los resultados obtenidos con la finalidad de inyectar motivación para el seguimiento de la tarea.

Por otro lado, otro tipo de estrategias para el afrontamiento y resolución de problemas es la Redefinición, la cual es empleada cuando en el diagnóstico se concluya que la creencia que la familia mantiene sobre algo es parte de la problemática de la familia. Por ejemplo: muchos familiares creen que sus pacientes enfermos son discapacitados y no pueden o deben esforzarse, por lo que crean sobreprotección sin saber que esto limita su rehabilitación, pues muchos de ellos hacen tareas del paciente aun sabiendo que el enfermo pudiera hacerlo si se esforzara. De esta manera, la redefinición tendría la intención de conseguir un cambio cognitivo y afectivo en la manera de percibir y vivir el problema, pero no sólo cambiando el significado sino además que la familia lo valore más positivamente.

Como parte de la redefinición se utilizan los mismos puntos de vista de las otras familias para expandir la visión y presentando una visión diferente de la situación, que siempre será avalada por la condición de experto y el conocimiento del terapeuta.

El establecimiento de límites supone ser otra técnica de intervención para la resolución de problemas, especialmente en aquellas familias donde no están claros los roles familiares y el poder no está adecuadamente distribuido, o en aquellos casos donde por ejemplo, el rol familiar con el poder lo tenía el paciente enfermo, por lo que deben reestructurarse roles, formarse alianzas para el cuidado del paciente por ejemplo, entre otras.

La persistencia de un síntoma termina por crear en la familia una auto-imagen de impotencia, sólo sobre la base de una mejora de tal imagen es posible una recuperación, por eso se convierte en una labor fundamental identificar las áreas de

fortaleza de la familia, para que de esta manera puedan desafiar su imagen disfuncional, (Minuchin, S. y Fishman, H. Ch., 1981).

Finalmente, dentro de estas estrategias de afrontamiento se puede recurrir a las fundaciones, asociaciones o programas de diversas Instituciones que ofrezcan algún apoyo que pudiera beneficiar al paciente para con su rehabilitación

### 15) Integración de la familia.

Durante la Terapia Familiar, con todos los puntos anteriores que se trabajarán, el Terapeuta pretende brindar herramientas teóricas y prácticas que les permitan transformar su realidad y mejorar la calidad de vida de las familias con personas con discapacidad, para asumir con responsabilidad sus propios procesos de rehabilitación.

Sin embargo, una parte medular de mi propuesta de Terapia Familiar, es luchar para integrar y fortalecer a las familias, buscando su consolidación, con valores como el amor, la sana convivencia, la tolerancia, y el respeto para que sus integrantes adopten actitudes de armonía, paz y estabilidad, para quienes lideran el proceso de rehabilitación, por medio del aprovechamiento de los recursos propios de cada integrante de la familia, adquiridos, gran parte de ellos, con la Terapia Familiar.

Mi propuesta pretende incluir una integración a posteriori, es decir, incluso cuando el paciente ha logrado su rehabilitación, centrándose en desarrollar las potencialidades que las personas tienen como forma de aumentar la autonomía, pues el éxito está ligado al grado de cambio, que experimentan las personas en base a un nivel individualizado.

Para lograr este propósito, en el diseño de mi propuesta de Terapia Familiar, se pretende que el (la) Terapeuta enfoque el trabajo de la Integración Familiar en los aspectos que más adelante describiré, y que los elegí en base a las necesidades observadas durante mi Servicio Social, ya que en la mayoría de los casos, las familias, carecen de ellas.

- **Adaptabilidad o Flexibilidad:** se refiere a la capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado, (Pérez, 2015).

En este punto, observé que hay poca o resistente disponibilidad por parte de los familiares para apoyar a su familiar enfermo a hacer sus terapias en casa, darle seguimiento a sus tratamientos, llevarlo, traerlo y cubrir las necesidades que su condición exigen. Hay una fatiga natural y comprensible que limita a los familiares a poder brindar la disponibilidad y apoyo que su familiar enfermo requiere, y que frecuentemente son fuente de problemáticas.

De aquí que surge la necesidad de trabajar con los familiares aspectos como la participación social, el establecimiento de roles, normas, que la misma familia debe crear de acuerdo a su condición, características y posibilidades.

- **Cohesión:** Es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí. Cuando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto, (Pérez, 2015).

En este sentido, en mi propuesta de Terapia Familiar, se pretende ofrecer sensibilización respecto a los factores de convivencia, para mejorar la relación diaria entre sus integrantes, promoviendo a las familias, generar espacios de convivencia donde la prioridad sea fortalecer la unidad familiar y el sano desarrollo cognitivo, ya sea a través de actividades en tiempos libres, actividades recreativas, pero siempre haciendo énfasis en el Tiempo de Calidad, no de Cantidad.

- **Comunicación y Clima emocional:** La comunicación familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La

adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma, (Pérez, 2015).

En este sentido, la mayoría de las dinámicas familiares que se reciben en el consultorio, carecen de este Indicador, pues en su mayoría, la comunicación no es clara, lo que limita la expresión de sentimientos y al mismo tiempo se convierte en otra fuente de problemáticas.

Es por ello que en mi propuesta, se pretende que el (la) Terapeuta promueva la expresión espontánea, clara y directa de los sentimientos, temores, angustias, afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su expresividad. En la Terapia, esto se pretende lograr través de la sensibilización sobre la importancia de la comunicación entre la familia y así mismo, promoviendo el aprovechamiento de otros recursos como actividades en tiempo libre, en donde las familias tienen oportunidades para llevar a cabo este trabajo.

En las familias saludables predomina, igualmente, un clima emocional afectivo positivo (que indica cómo cada sujeto se siente en relación con los demás y con el grupo en su conjunto), lo cual, unido a los factores antes apuntados, potencia la integración familiar y eleva los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar

Por último, en esta parte de la Terapia se pretende sensibilizar a la familia con respecto a que si la familia quiere colaborar en tener una mejor calidad de vida, afrontando la situación que los envuelve a causa de la condición de su familiar enfermo, las oportunidades que tienen para hacerlo están en la misma familia; brindando tiempo de calidad, platicando con ellos, dándoles confianza, ofreciendo respeto.

Es por ello que con la integración se pretende la mejora del grado de autonomía personal y de participación social de cada uno de los miembros de la familia en su entorno, como sujeto de derechos y deberes, exigiendo de esta manera un compromiso por parte de todos los miembros a facilitar el acceso en áreas como la relacional, sanitaria, recursos personales.

Finalmente, como parte de la integración Familiar e individual de cada uno de los miembros de la familia, incluyo en el diseño de mi propuesta una serie de áreas en donde el (la) Terapeuta puede reforzar o promover la integración de la familia, a través de información sobre estas áreas:

- Salud: Enfatizar la importancia sobre el seguimiento médico y de las terapias físicas del paciente, incluyendo si éstas han finalizado en el Instituto, se deben seguir realizando en casa.
  - Vivienda: Facilitar el acceso a condiciones higiénicas y sanitarias para el paciente y toda la familia
  - Ingresos: proporcionar información sobre los lugares o personas con quienes pueden tramitar ayudas económicas, trabajar el autocontrol del dinero, entre otras.
- Red Social y Familiar: Potenciar el desarrollo o la creación de redes sociales normalizadas mediante la intermediación con Asociaciones, Programas del Gobierno, familiares, Fundaciones, etc. Potenciar las relaciones familiares, trabajando el aprovechamiento del tiempo libre. Tiempo de Calidad y no Cantidad.
- Recursos personales y psicológicos: Trabajar el incremento de las habilidades sociales, la autonomía personal, la tolerancia a la frustración, ansiedad y estrategias de afrontamiento y resolución de conflictos que se pretende trabajar a lo largo de la Terapia.
  - Situación Legal: En el caso de las familias que se encuentren en situaciones que requieran resolución jurídica, el (la) Terapeuta puede sugerir a los familiares buscar Asesoría Jurídica, ya que en la mayoría de los casos, las familias desconocen la necesidad de ello.
  - Formación y empleo: Diseñar un itinerario de inserción laboral, donde caben acciones laborales o formativas específicas según los casos y condiciones del paciente. Para aquellas personas que no puedan incorporarse al mercado productivo, se tiene que crear otro tipo de recursos en línea de rentabilidad social.

#### 16) Evaluación sobre los resultados de la intervención y Cierre de la Sesión.

Como lo mencioné en párrafos anteriores, la evaluación es una de las herramientas fundamentales no solo para determinar el diseño y orientación de la Terapia Familiar, sino también sirve como herramienta para conocer y evaluar los resultados obtenidos,

así como las metas y éxitos alcanzados con la Terapia Familiar, con la finalidad, en primer lugar, de reflejar en las familias todos los cambios y beneficios obtenidos como resultado del trabajo personal y familiar

Esta actividad se lleva a cabo en la última sesión formando parte del cierre de la Terapia, en donde se pretende, en forma de preguntas abiertas, pedir a los miembros de la familia compartir los logros, resultados, mejoramientos, que obtuvieron y han observado en su núcleo familiar y que ha mejorado su calidad de vida. Así como todos los logros relacionados con la condición del paciente en rehabilitación, incluyendo los cambios de actitudes, conductas que se reflejaron como resultado del trabajo terapéutico familiar.

Esta evaluación, además, pretende valorar los alcances de la Terapia así como sus limitaciones, con la finalidad de analizarlos y mejorar el servicio de acuerdo a las deficiencias observadas.

Cabe resaltar que Inicialmente los temas de mi Propuesta fueron elegidos de acuerdo a las necesidades y deficiencias observadas durante mi Servicio Social en el Tema de Intervención Familiar a los pacientes en rehabilitación, sin embargo, considero que a través de la evaluación se deben analizar con el fin de ofrecer un mejor servicio, pues aunque algunas de las técnicas que propongo, su éxito están fundamentadas en la literatura, las mismas técnicas, en algunos escenarios de crisis a veces reflejan resultados contrarios. Sin embargo, aunque cada día van apareciendo nuevas técnicas, nuevos temas y nuevas necesidades, con esta propuesta podemos aproximarnos a cubrir alguna de las deficiencias mas prioritarias, y que a través de las evaluaciones hechas, podemos ir sabiendo cuáles son los temas y las técnicas cuyo uso no se aconseja y aquellas que sí son aconsejables. Nunca olvidando que todo tratamiento con una base sólida siempre requieren habilidades específicas que deben poseer aquellos que trabajen con ellas.

## VIII REFLEXION.

Quisiera tomar este último espacio de mi trabajo, como foro de reflexión y discusión después de mi experiencia vivida en esos 8 meses como prestadora de servicio social en el Instituto Nacional de Rehabilitación, donde mis conocimientos adquiridos y vocación de servicio fueron puestos a prueba y donde, sobre todo, el contacto con los pacientes fue la mejor escuela y fuente de aprendizaje, lo cual significó un reto para mi capacidad de interacción, intervención y profesionalismo.

Para comenzar, me gustaría describir de forma general, las destrezas, habilidades y conocimientos que adquirí como resultado de mi Servicio Social en el aspecto profesional, y posteriormente, de forma más particular, lo que esta experiencia me dejó en lo personal.

Este periodo de aprendizaje me dejó muchas cosas, entre ellas, conocimientos relacionados a la forma de operar de este Instituto en Rehabilitación altamente reconocido, así como los servicios que ofrece, y el impacto que nuestra profesión, Psicología, tiene para la Rehabilitación de sus usuarios.

Una vez inmersos en el campo laboral y práctico, me di cuenta de la diversidad de comportamientos que cada persona tiene y que como profesionales, estamos obligados a observar, analizar y concientizar todos los factores que se involucran en la dinámica de una relación terapéutica, de la cual dependen muchas cosas para el éxito o fracaso de la Intervención.

Con esto pretendo hacer una reflexión sobre la preparación y entrenamiento que como profesionales debemos tener en cuanto a nuestro actuar profesional, pues aunque durante mi servicio social estuve como observadora directa de las intervenciones, no estuve exenta de adquirir los conocimientos y entrenamiento que las problemáticas de los pacientes exigen.

De esta manera, esta experiencia despertó en mi la necesidad de adquirir mayores conocimientos, por ejemplo, en la primer área donde colaboré (Foniatría y Patología del Lenguaje) fue necesaria mi preparación práctica en la aplicación de pruebas psicométricas, lo cual favoreció las habilidades con las que previamente contaba y además, me permitió el desarrollo de otras habilidades de observación, interpretación y análisis.

Así mismo, el haber formado parte de esta área me permitió aprender sobre todos los problemas que pueden estar involucrados en los niños que padecen de alguna patología de



Lenguaje, y de las técnicas de Intervención que pueden favorecer el aprendizaje, autoestima, independencia en los niños, así como tener la oportunidad de colaborar en Terapia de Juego, de la cuál aprendí varias técnicas de Intervención en niños.

En cuanto al área de Rehabilitación en la cual colaboré también, me aportó conocimientos que fortalecieron mi preparación profesional, me refiero al aprendizaje que adquirí con observar las entrevistas clínicas, las psicoterapias individuales, así como la relación que involucra destrezas específicas frente a un paciente, las cuales van desde el desarrollo de la empatía, el no responsabilizarse de los problemas de los pacientes, pero sí comprometerse con su salud psicológica, lo cual exige una preparación constante y actualización sobre técnicas de intervención así como información sobre las enfermedades que padecen los pacientes.

A grosso modo, mi colaboración en estos servicios me permitieron adquirir no sólo conocimientos sino habilidades y herramientas que profesionalmente me servirán mucho en la práctica profesional; pues me permitirán tener mayor capacidad y preparación para brindar un servicio de calidad laboral y profesional en el ámbito clínico. Sin embargo, el conocimiento no fue el único fruto de esta experiencia, pues valores como la responsabilidad, el compromiso, la ética profesional se suman a mi preparación como Psicóloga.

Es por ello que extiendo mi agradecimiento y reconocimiento a la Institución porque su servicio me pareció de muy alta calidad, no solo por la calidad profesional que ofrecen sino por la calidad humana que procuran, y como prestadora de Servicio Social me sentí apoyada por parte de los Psicólogos y Médicos en cuanto a mi preparación y el adiestramiento profesional que me brindaron.

Si bien, este Instituto es una oportunidad de mucho valor para la adquisición de experiencia y desarrollo de habilidades como Psicólogos, de la misma forma debe despertar en nosotros, nuestro sentido crítico, analítico para, a partir de las necesidades, limitantes y carencias poder dar una propuesta de mejora continua en nuestro accionar profesional y del servicio del Instituto, y por qué no, de la concientización de las demás áreas involucradas, con el fin de ofrecerle el mejor servicio integral a los pacientes.

De aquí que a lo largo de mi colaboración como prestadora de Servicio Social también me di a la tarea de desarrollar la parte crítica y en resultado de las necesidades de una

Intervención Integral que involucre a la familia de aquellos pacientes en proceso de Rehabilitación, encontré áreas de oportunidad en dónde poder hacer mejoras continuas que favorezcan el bienestar del paciente.

A pesar de que no es un Instituto de Salud mental y que la prioridad de su servicio se basa en la asistencia Médica, me percaté que el área de Psicología adquiere un papel elemental para la Rehabilitación Física de los pacientes, por lo cual, enfoco este trabajo en mi propuesta de mejora con la que pretendo invitar a los lectores a considerar las áreas de oportunidad que pueden ofrecer un servicio Integral al paciente y que podría reflejarse favorablemente en su Rehabilitación Física.

Es aquí que gran parte del compromiso de conseguir un servicio profesional de calidad y una intervención Integral al paciente, depende del comprometerse con nuestra propia preparación, que al igual que yo, a los futuros prestadores de servicio social debemos procurar por el mejoramiento continuo y el trabajo enfocado en las áreas de oportunidades que surjan como resultado de nuestra capacidad crítica y analítica.

Pasando a una perspectiva más particular, esta experiencia para mí fue además, un periodo de madurez personal y laboral, pues el contacto con los pacientes, las cualidades emocionales y personales que exige un ambiente como ese, alimentan mi vocación de servicio, despertando en mí valores como la empatía, humildad, responsabilidad, honestidad y persistencia.

Aunque cabe mencionar que el entusiasmo, preparación, vocación de servicio y voluntad que considero me caracterizaron durante mi servicio social, no fueron suficientes para cubrir cabalmente los objetivos del programa, pues sin pretender poner en juicio a nadie, la preparación que exige la práctica profesional es el Instituto es superior a la ofrecida académicamente en la escuela, ya que en múltiples ocasiones, los casos y situaciones presentadas en el consultorio exigían mayores conocimientos y habilidades, que sin embargo, debe existir siempre la disponibilidad y actitud para estar en continuo aprendizaje.

Aquí debo aprovechar el momento, para hacer el reconocimiento a los Psicólogos y Doctores que con toda la disponibilidad y apoyo, me ofrecieron el soporte necesario para poder satisfacer las necesidades de los pacientes.

Finalmente, reconozco que hay mucho por hacer y que el área de Psicología puede llegar a considerarse más que un área Auxiliar, cuya importancia se convierta fundamental en los tratamientos de Rehabilitación pero que para ello es necesario despertar la capacidad crítica y analítica que involucre incluso otras áreas como el Médico y Trabajo Social, y trabajar arduamente para conseguir el reconocimiento y valor que aporta a la salud de los pacientes, pues desde mi punto de vista, la atención en el campo de la Rehabilitación es claramente insuficiente al no considerar una atención integral y multidisciplinar, por lo que mi pretensión con este trabajo es extender las alternativas de abordaje de la Rehabilitación con el aporte de la Psicología.

## IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Axline, V. M. (1994). *Terapia de Juego*. México: Diana.
- Bermúdez, C., & Brink, E. (2010). *Terapia Familiar Sistémica. Aspectos teóricos y aplicación Práctica*. Madrid: Síntesis.
- Campadabal, M. (2001). *La discapacidad y su entorno*. San José, Costa Rica.: Universidad Estatal a Distancia.
- Carrió, F. B. (1993). *Manual de Entrevista Clínica*. Barcelona, España: Doyma.
- Cibanal, J. L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Club Universitario.
- Eizaguirre, A. E., & Ortego Sáenz de Cabezón, M. A. (2003). *Discapacidades físicas y sensoriales. Aspectos psicológicos, familiares y sociales*. Madrid: CCS.
- Friedman, S. (2005). *Terapia Familiar con equipo de reflexión*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuentes, M. C., & Maya, M. (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *ANALES Sis San Navarra*, 83-89.
- López, J. A. (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax.
- Luna, A. M., Pérez de la Cruz, A. D., Paredes Delgado, M., Solís Zamora, J., & Valdes Romo, M. I. (2005). *Orientación, Consejería y Terapia Familiar*. México: UNAM.
- Mercado, O. (9 de Abril de 2013). *Instituto Nacional de Rehabilitación*. Recuperado el 20 de Mayo de 2015, de Instituto Nacional de Rehabilitación: <http://www.inr.gob.mx/g22.htm>
- Minuchi, S. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Munichi, S., & M, N. (1994). *La recuperacion de la familia: Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. (2001). *Meaning reconstruccion on the experience of loss*. Washington: American Association.
- Pérez, D. F. (10 de 01 de 2015). *Funcionamiento familiar saludable*. Obtenido de Infomed: [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/...temprana/funcionamiento\\_familiar.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/...temprana/funcionamiento_familiar.pdf)
- Rehabilitación, I. N. (Marzo de 2016). *Instituto Nacional de Rehabilitación*. Obtenido de [www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos.html](http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos.html)
- Rivas, S. G. (2013). *Enfoque Sistémico. Una Introduccion a la psicoterapia familiar*. México: El Manual Moderno.
- Rivelis, G. (2012). *Psicoterapia. Encuentro y diálogo inteligente*. Buenos Aires: noveduc.
- Rodríguez, L. E. (2012). *Teoría y Técnica de la entrevista*. Estado de México: Red Tercer Milenio.
- Rodríguez, T. R. (23 de Febrero de 2011). Manejo y orientación psicológica en el paciente con enfermedad cardiovascular en estado de gravedad. *Revista Psicología Científica.com*, 17, 13.
- Romero, C. B. (2010). *Terapia familiar sistémica: aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid.
- Rossi, L. (1991-1993). Dinámica de la entrevista psicoanalítica: Historias Clínicas. *Revista de la Sociedad Psicoanalítica de México*, v(3), 242.

- Rossi, L. (2013). *Entrevista: Historia Clínica, Patología Frecuente*. México: Editores de Textos Mexicanos.
- Satir, V. (2002). *Terapia familiar paso a paso*. México: Pax.
- Smith, J. (1995). Group Therapy. En D. G. Martin, & A. D. Moore, *First Step to the Art of intervention* (págs. 327-343). USA: Thomson Publishing Inc.
- Tabuena, T. P. (2012). *Atención psicosocial en emergencias*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Tlapanco, M. d. (2004). *Manual de Procedimientos del Servicio de Psicología en comunicación humana*. México: Secretaría de Salud: Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Weihs, Fisher, K., & Baird, M. (2002). *Families, health and behavior. Families, systems and health*.

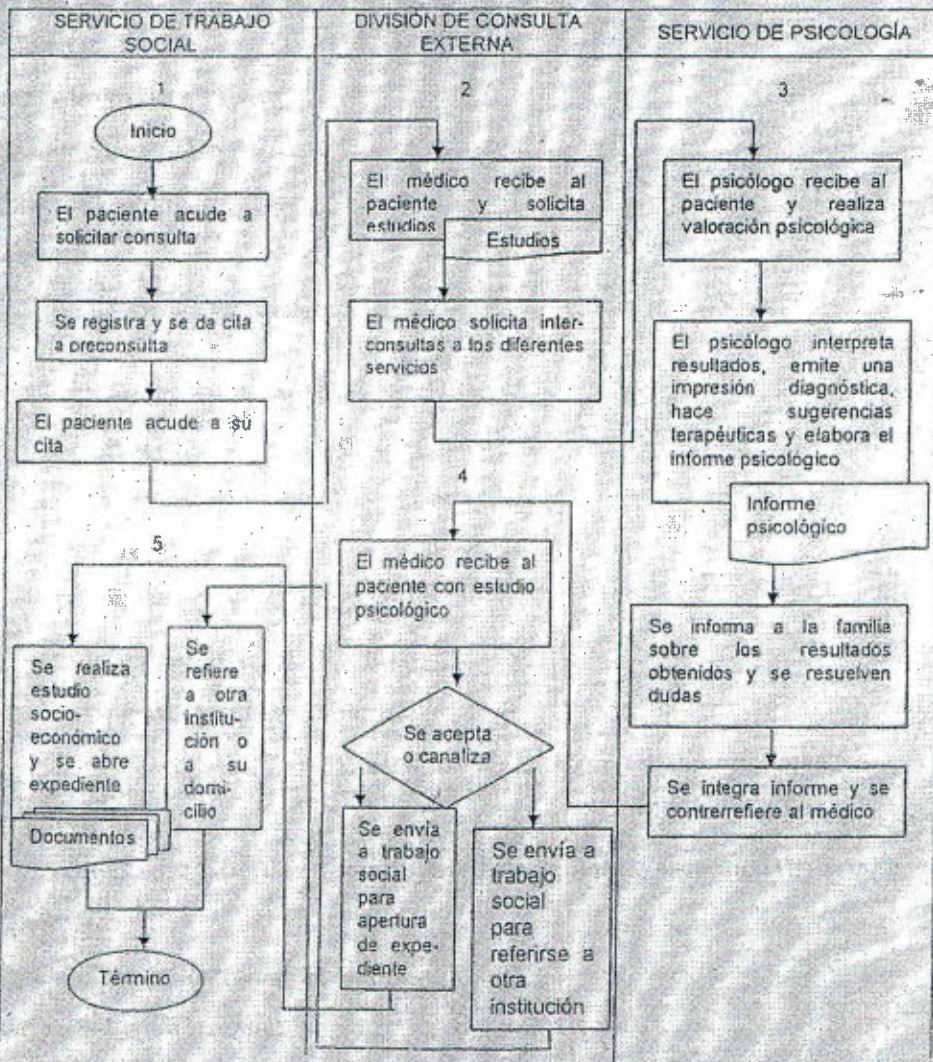
# ANEXOS




## Apéndice "B"

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
	DE PSICOLOGIA EN COMUNICACIÓN HUMANA		Rev. 1
	1.—Procedimiento para la Preconsulta		Hoja: 11

### 5.0 DIGRAMA DE FLUJO



#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	MA. DEL PILAR MORALES TLAPANCO	DR. HECTOR CHÁVEZ BRISEÑO	DR. HUMBERTO COTÁ GÓNEZ
Firma			





## "Apéndice C"

### Formato de Informe Psicológico del Área de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje.

Nombre: \_\_\_\_\_

N. registro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

#### Datos Familia:

Nombre de los Padres o Tutores

Edades de los Padres o Tutores

Ocupación de los Padres o Tutores

#### Antecedentes:

##### \*Historia Obstétrica

N. embarazo:

Abortos espontáneos:

N. Hijo:

Enfermedades crónicas de la madres:

Enfermedad crónica durante el embarazo:

##### \*Antecedentes embarazo

Control prenatal: SI \_\_\_ NO \_\_\_

##### \*Antecedentes del Parto:

Edad gestacional, Peso y talla al nacimiento, Apgar, antecedentes neonatales.

#### Historia Familiar:

Miembros que integran la familia, descripción de la dinámica familiar, organización en el hogar, roles.

#### Historia Escolar:

Grado, dinámica escolar, desempeño escolar.

#### Conducta referida por la madre:

Descripción de cómo la madre refiere la conducta de su hijo en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana.

#### Calificación e Interpretación de las Pruebas Psicométricas (CI).