



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

**Relación entre el diagnóstico médico y las dificultades en el
tratamiento de rehabilitación como causales de derivación para el
trabajo psicológico, aplicado a los pacientes del Servicio de Medicina
Física y Rehabilitación del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado
Carbo” en el contexto de las prácticas clínicas del año 2014-2015.
Propuesta de intervención psicológica.**

AUTOR (A):

Zumba Salinas Tyrone Xavier

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TUTOR:

Zea Martínez Francisco Xavier *Mgs.*

**Guayaquil, Ecuador
2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Tyrone Xavier Zumba Salinas**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Licenciado en Psicología Clínica**.

TUTOR (A)

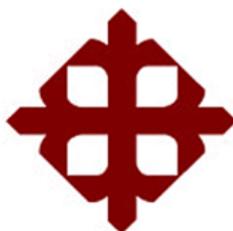
Psic. Cl. Francisco Xavier Martínez Zea, Mgs.

REVISOR(ES)

DIRECTOR DE LA CARRERA

Psic. Cl. Alexandra Galarza Colamarco

Guayaquil, a los 20 del mes de Febrero del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Tyrone Xavier Zumba Salinas

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **“Relación entre el diagnóstico médico y las dificultades en el tratamiento de rehabilitación como causales de derivación para el trabajo psicológico, aplicado a los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” en el contexto de las prácticas clínicas del año 2014-2015. Propuesta de intervención psicológica”**, previa a la obtención del Título de Licenciado en Psicología Clínica, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 20 del mes de Febrero del año 2015

EL AUTOR (A)

Tyrone Xavier Zumba Salinas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Tyrone Xavier Zumba Salinas**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **“Relación entre el diagnóstico médico y las dificultades en el tratamiento de rehabilitación como causales de derivación para el trabajo psicológico, aplicado a los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” en el contexto de las prácticas clínicas del año 2014-2015. Propuesta de intervención psicológica”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 del mes de Febrero del año 2015

EL (LA) AUTOR(A):

Tyrone Xavier Zumba Salinas

AGRADECIMIENTO

Quisiera agradecer a mi familia, especialmente a mi madre Julia Salinas quien puso todo su esfuerzo y confianza en mí al darme la mejor educación posible a pesar de tantos obstáculos. Un orgullo de mujer y madre. De igual manera quisiera agradecer a mi tío Iván y mi hermana Mayra quienes desde el inicio nos ayudaron a mi madre y a mí para vencer estas dificultades.

A Lorena Mejía por su apoyo incondicional, un elemento clave para lograr culminar con mi meta. A mis amigos que conforman el Club de Té y Charla sobre Gatitos del Mundo, quienes con su ayuda y apoyo lograron hacer de estos años los mejores. A mi tutor Francisco Martínez quien con su guía, paciencia y tiempo, logró ayudarme a poner en marcha mi trabajo, no solo como un tutor sino como un amigo.

Son tantas las personas las que contribuyeron en todo este proceso, desde mis compañeros y compañeras en la universidad, mis profesores, hasta las licenciadas que componen el equipo de trabajo en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

¡Gracias a todos!

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado especialmente a los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en quienes se funda la elaboración del mismo, en un intento de mejorar su calidad de vida ante las situaciones adversas por las que atraviesan.

A todas aquellas personas que hicieron posible la culminación de mi carrera, especialmente a aquellas personas que estuvieron allí incondicionalmente brindando toda su ayuda. Las palabras no me alcanzan para agradecer todo lo que me han dado y en esta nueva etapa que estoy por iniciar, espero tenga la oportunidad de devolver algo de todo el esfuerzo y esperanzas que han puesto en mí.

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN
(Se colocan los espacios necesarios)

Psic. Cl. Francisco Xavier Martínez Zea
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

(NOMBRES Y APELLIDOS)
PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CALIFICACIÓN

**Psic. Cl. Francisco Xavier Martínez Zea
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR**

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	X
JUSTIFICACIÓN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN	4
OBJETO	7
OBJETIVOS DEL PROCESO DE LA SISTEMATIZACIÓN	9
EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA	12
PRIMERA PARTE:.....	12
1. Medicina Física y Rehabilitación	12
SEGUNDA PARTE:	27
1. La discapacidad en el Ecuador	27
2. Efectos ocurridos en el paciente tras el impedimento físico o verbal.....	28
3. La psicología en el trabajo de rehabilitación	37
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA.....	41
MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN	44
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	46
CASO #1.....	47
CASO #2.....	52
CASO #3.....	57
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFÍA.....	65
ANEXOS.....	68

RESUMEN

Según el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, en el año 2013 cerca de 361.487 personas poseen algún tipo de discapacidad en el Ecuador. La rehabilitación como parte de los planes de prevención en el marco de las instituciones hospitalarias, ofrece tratamientos orientados a la recuperación de dichas funciones alteradas, así como tratamientos de prevención y fortalecimiento. Pero ¿se trata acaso de una rehabilitación integral que aborda todos los aspectos de la calidad de vida de los pacientes? La presente sistematización de prácticas se realizó en función de otorgar una visión más amplia a saber de la rehabilitación, ofreciendo una posible propuesta de intervención psicológica mediante el reconocimiento de dificultades y sus efectos a través de un estudio de casos atendidos durante las prácticas clínicas realizadas en el Hospital Regional "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

Palabras Clave: Rehabilitación, Dificultades del proceso, Diagnóstico, Efectos terapéuticos, Trabajo psicológico.

ABSTRACT

According to Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades, in 2013 about 361,487 people have some kind of disability in Ecuador. Rehabilitation as part of prevention plans in the context of hospitals, offers treatments oriented to the recovery of these altered functions, prevention treatments and strengthening. But is it perhaps a comprehensive rehabilitation that addresses all aspects of the quality of life of patients? This systematization of practices carried out according to grant more extensive rehabilitation know vision, offering a possible proposal for psychological intervention by recognizing difficulties and their effects through a study of cases treated during clinical practices developed in the Regional Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo"

Keywords: Rehabilitation, Difficulties in the process, Diagnostic, Therapeutic effects, Psychological work.

JUSTIFICACIÓN

Éste trabajo de sistematización se sostiene en el desarrollo de la experiencia práctica, realizada en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en la cual se pudo evidenciar el tipo de terapias a las que se someten los pacientes y las posibilidades de un trabajo psicológico acorde a la situación de cada uno. Resulta importante una sistematización pues aporta con nuevas metodologías que se orientan en la importancia del trabajo vía la palabra, rescatando la posición de sujeto como eje principal.

En el Ecuador se ha realizado muy pocos estudios en cuanto al trabajo psicológico en las terapias de rehabilitación. Es con la Dra. Nora Guerrero de Medina y su tesis doctoral que se da una de las últimas aproximaciones al trabajo con el impedido físico desde un enfoque cognitivo conductual. Es a partir de esto que se propone una actualización al tema de las terapias de rehabilitación bajo un enfoque psicoanalítico, rescatando la importancia del lugar que ocupa el sujeto, no como un cuerpo enfermo sino como un sujeto que atraviesa un momento de angustia tras una dificultad física-orgánica.

Como objeto de estudio se ha escogido a los pacientes ambulatorios del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación a fin de lograr responder a la problemática de ¿Qué relación tiene el diagnóstico médico y las dificultades en el tratamiento de rehabilitación como causales de derivación para el trabajo psicológico con los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación?

Es así que mediante un estudio de casos clínicos se propone evaluar las distintas metodologías de trabajo empleadas en el proceso de rehabilitación integral de cada caso, exponiendo los beneficios que implica la terapia psicológica orientada a rescatar la subjetividad en el caso a caso.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad según las cifras brindadas por la Organización Mundial de la Salud (2011), se muestra la existencia de al menos mil millones de personas que poseen algún tipo de discapacidad. Estas cifras se deben en su gran mayoría a que los modos de vida contemporáneos y las nuevas estrategias de salud, han contribuido a que la población encuentre la posibilidad de extender sus periodos de vida hasta la tercera edad. Este factor determina que existan mayores riesgos para los adultos mayores de sufrir algún tipo de discapacidad propio de las dificultades que se presentan en esta etapa. A esto, la OMS agrega:

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas. (Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011)

Este deseo de formular nuevas políticas y programas innovadores para las personas que presentan algún tipo de discapacidad, no surge únicamente de parte de la OMS. Ya con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) aprobada por las Naciones Unidas en el año 2006, se muestra un interés en reformular el contexto que rodea a las personas con discapacidad.

Es por eso que dentro del siguiente trabajo de sistematización de las prácticas, se propone realizar un abordaje del contexto terapéutico actual en el desarrollo de la rehabilitación del impedido físico. Dicho análisis se sostiene en el estudio de casos de pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

Su desarrollo se orienta en destacar la importancia de sostener la posición del sujeto en el ámbito de las instituciones hospitalarias, laborales y sociales, con el fin de proponer una nueva modalidad de trabajo psicológico, que complemente el desarrollo de la rehabilitación integral del paciente desde una mirada hacia el sujeto portador de la discapacidad.

Siendo actualmente el trabajo de rehabilitación un proceso en gran desarrollo de técnicas desde la medicina, es necesario así también el formular nuevas metodologías de trabajo, desde la psicología, en función de brindar una mirada fresca a los casos que se presentan con este tipo de síntomas y así marcar un proceder para el psicólogo clínico en formación.

Se entiende que el fin último de la terapia de rehabilitación se centra en reincorporar al individuo afectado física o mentalmente a la vida productiva, tanto familiar como social y laboral. Es así que más allá de tratarse de una formalización de las prácticas clínicas, se trata de proponer un aporte desde la experiencia teórica y práctica, al trabajo con los sujetos discapacitados.

De esta manera se podrán encontrar capítulos orientados a definir el contexto médico de lo que involucra el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en la actualidad. A su vez, en una segunda parte se demostrarán las dificultades del trabajo terapéutico con dichos pacientes y una propuesta que responde a dichas dificultades desde la psicología.

CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN

En el transcurso del último año de la carrera de Psicología Clínica, correspondiente al noveno y décimo semestre, se requiere cumplir con el desarrollo y aprobación de las prácticas pre-profesionales como parte del pensum académico, previo a la obtención del título de Licenciado en Psicología Clínica. Es bajo esta modalidad de trabajo que se me asigna como directora de prácticas a la Dra. Nora Guerrero de Medina y como lugar de prácticas, el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” – Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, ubicado en el sur de la ciudad de Guayaquil en la Avenida 25 de Julio Vía Puerto Marítimo.

El Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, se inició como un proyecto de parte del gobierno, planificado en la década de los sesenta y que tuvo su inauguración el 7 de octubre de 1970. Su objetivo principal se centra en brindar al afiliado todos los beneficios y accesos posibles a un servicio de salud de calidad. Esto se puede evidenciar tanto en su misión y visión, tomadas de su página web:

Misión

Ser una Unidad de Salud del III Nivel, que preste servicios integrales y especializados, enmarcados en la calidez humana y el sentido social de la Seguridad Social.

Ofrecer servicios de calidad en función de la satisfacción de nuestros Usuarios de la Red.

Contribuir a garantizar la excelencia académica en la formación de profesionales en el área de la Salud, y fomentar la Investigación científica.

La Salud es nuestro compromiso de vida.

Visión

Ser una Unidad Médica Líder del Seguro de Salud del IESS, cumpliendo con la responsabilidad social en materia de prestación de servicios de salud oportunos, con calidez y eficiencia.

Otorgando servicios médicos de alta calidad a través del desarrollo de nuestro talento humano. Impulsando la Investigación científica y el desarrollo tecnológico dentro de las políticas de mejoramiento continuo.

Siendo una organización auto-sustentada que mide permanentemente su desempeño mediante indicadores de gestión, de productividad y de calidad previamente definidos y conocidos por todos sus miembros.

Tomado de: (Hospital Teodoro Maldonado Carbo)

El hospital dispone de 32 especialidades, entre las cuales están:

- Alergología
- Cardiología
- Cirugía Cardiorax
- Cirugía General
- Cirugía Maxilo-Facial
- Cirugía Plástica
- Cirugía Vasculat
- Dermatología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Ginecología
- Hematología
- Infectología
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina General
- Medicina Interna
- Medicina Preventiva
- Nefrología
- Neonatología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurología
- Obstetricia
- Oftalmología
- Oncología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- Proctología
- Psiquiatría

- Traumatología
- Urología
- Terapia de dolor

Dentro de la multiplicidad de áreas con las que cuenta el hospital, el desarrollo de mis prácticas pre-profesionales se realiza específicamente en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, bajo la dirección de área del Dr. Juan Ampuero. Dicho Servicio está compuesto por las salas de terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje y la oficina de cinco fisiatras.

Un dato pertinente a mencionar es que desde el momento que las prácticas dieron inicio, se pudo dar cuenta que dentro del área no se cuenta con el trabajo de un psicólogo ni de un trabajador social. Resulta importante mencionarlo pues dicha ausencia enmarca las prácticas realizadas como una propuesta, no nueva pues es sabido que en años anteriores si se contaba con los servicios de psicólogos en el área, pero que al menos dentro del presente año, proponía una nueva modalidad en el trabajo terapéutico con el paciente.

OBJETO

El objeto de estudio que se toma para el presente trabajo de sistematización, está compuesto por los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”. Dentro de ésta área se puede encontrar una multiplicidad de casos que en su mayoría manejan como diagnóstico las hemiplejias, hemiparesias, amputación de miembro, disartrias, afasias, entre otras; como consecuencia a enfermedades cerebrovasculares o incidentes de tipo mayor como accidentes de tránsito o laborales.

Es debido a estos impedimentos que evidencian una problemática a nivel motor en su gran mayoría, que se opta por nombrar a dichos pacientes como impedidos físicos. Dichos pacientes se caracterizan por ser de tipo ambulatorio pues en su mayoría son pacientes que asisten a cumplir con su ciclo de terapias una vez que han recibido el alta y que tras algún incidente se han visto afectadas sus funciones motoras o del habla.

En su mayoría son pacientes que superan los 40 años de edad, de escasos recursos, provenientes de familias numerosas y hogares disfuncionales. Las dificultades más comunes giraban en torno a sentimientos de soledad, abandono, inseguridad en cuanto a la imagen asumida y maltrato intrafamiliar, todo esto evidenciado principalmente en el contexto del hogar. Así también se presentaban ciertas dificultades en el área laboral, en relación a una no elaboración de su nuevo estado físico que repercutían en ideas de fracaso laboral y económico.

Las derivaciones se manejaron en su mayoría por los fisioterapeutas en las salas de terapia ocupacional y las licenciadas en terapia de lenguaje. De manera general las derivaciones se daban por motivos de desempeño al momento de cumplir con el ciclo de terapias. Dichos pacientes se mostraban con sentimientos de ira o gran angustia y depresión, lo cual interfería de manera directa en el desarrollo del tratamiento terapéutico.

Algo importante a mencionar en cuanto a las derivaciones, es que existe un común denominador en relación a esta gama de casos. Se puede

notar que la derivación surge al momento que se presenta una dificultad de parte del paciente ante la cual los terapeutas o licenciados no logran hacer su trabajo. Es aquí ante esa dificultad que ven necesaria la intervención del psicólogo como última respuesta a las problemáticas que no se logran abordar.

Es así que de manera más específica, se propone tomar aquellos casos que presentando un mismo diagnóstico, hacen necesaria una intervención aplicada al caso a caso, rescatando la posición de sujeto más allá del cuerpo enfermo. Es ésta la consigna la que enmarcará un tratamiento posible en el impedido físico, por sobre las dificultades que implica el diagnóstico.

OBJETIVOS DEL PROCESO DE LA SISTEMATIZACIÓN

— OBJETIVO GENERAL:

Determinar criterios de relación entre el diagnóstico médico y las dificultades en el tratamiento de rehabilitación como causales de derivación para el trabajo psicológico, mediante un estudio de casos de los pacientes que fueron atendidos en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, para establecer una propuesta de intervención psicológica.

— OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Definir los diagnósticos que se presentan en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, mediante una recolección de datos a partir de la experiencia de la práctica pre-profesional para establecer los diagnósticos más frecuentes, remitidos al trabajo psicológico.
2. Determinar las diferentes dificultades que se presentan en el tratamiento de rehabilitación de los pacientes mediante la evidencia obtenida en la práctica pre-profesional para establecer los límites del trabajo ofrecido por los terapeutas desde su formación.
3. Establecer la importancia del rol del psicólogo clínico como parte del equipo multidisciplinario en el trabajo con los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, mediante el análisis de los resultados obtenidos en los casos atendidos durante el desarrollo de la experiencia de la práctica pre-profesional, para establecer una propuesta de intervención psicológica.

EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

- **Marco teórico de referencia:**

El marco teórico de referencia de la presente sistematización se divide en dos partes, una encargada de abordar la parte médico-teórico, en donde se esclarecerá aquello que compone a la Medicina Física y Rehabilitación como servicio médico. Posteriormente en la segunda parte se hará un abordaje al respecto de las dificultades observadas en el proceso de rehabilitación con el paciente discapacitado y a su vez una propuesta de intervención psicológica a partir de estudios de casos.

Es necesario mencionar que el presente trabajo se orienta bajo un enfoque psicoanalítico sobre el sujeto y su malestar en el marco de la institución hospitalaria. Ésta será la guía para lograr un desarrollo teórico capaz de exponer los beneficios de un tratamiento, no sobre la enfermedad como eje principal sino más bien sobre la subjetividad.

- **Metodología de la investigación del desarrollo de la experiencia:**

Siendo un trabajo de sistematización orientado a precisar los beneficios de una práctica psicológica enfocada en preservar el lugar y la palabra del sujeto, el método principal a manejar será el estudio de casos clínicos tratados en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, y como método secundario, el método exegético orientado en precisar y definir lo que conforma a la Medicina Física y Rehabilitación.

El eje principal del trabajo se dará en torno al desarrollo teórico a partir del análisis de casos tomados dentro de las prácticas pre-profesionales. A esto se complementará un estudio de fuentes bibliográficas que puedan ofrecer un soporte teórico a las metodologías aplicadas dentro la práctica y en el desarrollo de las terapias de rehabilitación. La técnica que se usará se basa en el fichaje, estudio de casos y análisis de documentos con el respaldo de citas bibliográficas como instrumento secundario.

▪ **Análisis e interpretación de resultados:**

A partir de un estudio de diferentes casos clínicos, tomados de las prácticas en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, se brindará una propuesta de intervención a partir de mostrar las diferencias y relaciones existentes en el tratamiento orientado a rescatar la posición de sujeto, en contrapuesta a un tratamiento orientado únicamente al beneficio del cuerpo enfermo.

Resulta esencial presentar los criterios de relación existentes entre ambos tratamientos, a fin de esclarecer el rol del psicólogo clínico en la intervención con pacientes sometidos a un proceso de rehabilitación. Esto enmarca a su vez, las dificultades a las que se enfrenta el psicólogo clínico en la institución hospitalaria e intenta exponer puntos considerables a tomar en cuenta para futuros psicólogos en formación.

MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

PRIMERA PARTE:

1. Medicina Física y Rehabilitación

1.1. Definición

Al momento de hablar sobre la rehabilitación es necesario poder tener una concepción clara de lo que ésta implica. Desde distintas visiones y enfoques se puede tomar algunos conceptos entre los cuales se la define como:

Un proceso creativo, continuo y coordinado llevado a cabo por un conjunto de profesionales junto con una persona portadora de una deficiencia física o mental, para posibilitar la restauración, desenvolvimiento o preservación de su capacidad de ser lo más independiente posible, de alcanzar un ajuste social satisfactorio, de encontrar un empleo adecuado y de hacer frente a la realidad de la vida (Ferrari, 1973)

Éste es uno de los conceptos que más abarca lo que implica la rehabilitación, empezando porque efectivamente se trata de un proceso enfocado, según las dificultades que presenta el paciente. De esta manera se entiende al mismo como un proceso individualizado, siguiendo con lo anteriormente planteado es válido tomar las palabras de la Dra. Nora Guerrero de Medina (2005) quien menciona que “la rehabilitación es un proceso individualizado, basado en la discriminación de un planteamiento selecto de acuerdo con los requerimientos de cada caso y un tratamiento adecuado a éstos a través de muchos y variados servicios”.

Respecto a la rehabilitación en personas con discapacidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona:

En el caso de algunas personas con discapacidad, la rehabilitación es imprescindible para que puedan participar en la educación, el mercado de trabajo y la vida cívica. La rehabilitación es siempre voluntaria, y es posible que algunas personas necesiten apoyo a la hora de elegir entre las distintas posibilidades de rehabilitación. En todos los casos, la rehabilitación debe ayudar a potenciar a la persona con discapacidad y a su familia. (2011)

Se entiende entonces que dicho proceso individualizado dependerá no solo de un diagnóstico sino también del trabajo en conjunto por parte de un equipo multidisciplinario y los tipos de aporte que puedan brindar desde su formación. La intervención de los distintos profesionales de la salud, tal como lo son los neurólogos, traumatólogos, fisiatras, entre otros, serán en un primer momento los que se encargarán de dar una evaluación del caso y por lo tanto un diagnóstico.

En un segundo momento, ya con un diagnóstico definitivo, se establecen los procedimientos y tipos de asistencias que requerirá el paciente, según el tipo de diagnóstico que presente. En este segundo momento del proceso terapéutico, intervendrán aquellos que conforman al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación que son los fisiatras, terapeutas físicos, ocupacionales, de lenguaje, trabajo social y psicólogos.

Teniendo en cuenta todos estos elementos, se puede definir a la rehabilitación física como un proceso individualizado, no estático, en el cual sus objetivos y técnicas irán variando según las circunstancias y condiciones del caso, donde su fin será el de restablecer y posibilitar al máximo el desenvolvimiento de las capacidades y funciones residuales del paciente como un individuo bio-psico-social, para poder alcanzar un ajuste y restauración total del sujeto, reintegrándolo a su cotidianidad.

1.2. Finalidad u Objetivo

El Diccionario de la Real Academia Española define a la rehabilitación en medicina como “conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad” (2014). En ésta definición se puede evidenciar parte de los objetivos hacia los que se orienta la rehabilitación. Varios autores dentro de sus concepciones respecto a la rehabilitación proponen ciertos objetivos para el desarrollo y fin de la misma.

Desde esta perspectiva, la rehabilitación es la estrategia de salud que basado en el modelo integrativo de la OMS del

funcionamiento y la discapacidad humana, tiene como objetivo permitir que las personas de salud que tienen una experiencia de discapacidad, logren y mantengan una óptima función en interacción con su medio ambiente. (Vergara, 2010)

La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), en su artículo 26 propone que las instituciones u organizaciones involucradas en el trabajo con las discapacidades adopten el modelo propuesto a fin de que “las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida”.

Loreto Vergara (2010) hace mención de cuatro estrategias de salud aplicadas en la rehabilitación: de prevención, de curación, de rehabilitación y de apoyo

La meta primaria de la prevención es tener una población saludable. En el caso de la estrategia curativa, su meta es la sobrevivencia; en la rehabilitación es lograr la función óptima y la meta en la estrategia de apoyo, es mejorar la calidad de vida de las personas. (2010)

Estos conceptos, de entre otros más, muestran como punto similar una terapia orientada en restablecer y mantener las funciones del sujeto impedido físico a fin de ser insertado nuevamente en su cotidianidad bajo un estilo de vida digno e independiente. Es aquí donde resulta importante ofertar una terapia aplicada no solo sobre el cuerpo sino una rehabilitación integral sobre el sujeto como tal, en su calidad de individuo bio-psico-social y más importante aún, haciendo de este un sujeto activo en la participación del proceso de rehabilitación.

1.3. Diagnósticos más relevantes en el servicio:

Es necesario entender que en los servicios de salud, en especial aquellos que son públicos, la gama de casos a presentarse puede resultar muy variada, sin embargo un elemento que de alguna manera logra identificar a los pacientes que asisten éste servicio es que se trata de pacientes que

presentan algún tipo de déficit o discapacidad. A propósito de la discapacidad, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) la define como: “Discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”

En la actualidad la incidencia de casos que se presentan para un tratamiento en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” es bastante recurrente, pues dado que este servicio se enfoca en tratar problemáticas a nivel físico y de lenguaje, es bastante común encontrar en dicha dependencia a pacientes que provienen de las distintas áreas hospitalarias que requieran de tal asistencia.

Tal es el caso de los pacientes que tras ser intervenidos quirúrgicamente por motivos de problemas de salud o incidentes externos, requieren posteriormente de un proceso de rehabilitación a fin de lograr su recuperación integral. A continuación se realizará una descripción general de los casos o diagnósticos más comunes a presentarse en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

1.3.1. Enfermedad Cerebrovascular

La enfermedad cerebrovascular se trata de un tipo de lesión en la cual el flujo continuo de sangre en una parte del cerebro se detiene y es capaz de producir, en la mayoría de los casos, una parálisis del hemicuerpo contralateral a la lesión cerebral. Comúnmente se producen a causa de diabetes mellitus, problemas cardiacos como hipertensión arterial, consumo de alcohol y tabaco.

Existen dos tipos de lesión cerebrovascular, uno de ellos es el accidente cerebrovascular isquémico que ocurre al momento en que uno de los vasos sanguíneos es bloqueado por un coagulo de sangre impidiendo el

paso del oxígeno y nutrientes al cerebro. Otro es el accidente cerebrovascular hemorrágico que ocurre al momento en que uno de los vasos sanguíneos sufre de una rotura provocando que la sangre se esparza por el cerebro. Es común este tipo de lesiones en personas que sufren de presión arterial muy elevada.

Durante la primera etapa de la lesión es común la aparición de los siguientes síntomas: incontinencia urinaria y/o fecal, trastornos de la comunicación, disfagia, afectación de la conciencia, depresión, alteraciones de la propiocepción (González, 2005).

Estudios sobre la calidad de vida de los pacientes que presentan una enfermedad cerebrovascular revelan que:

Después del primer año, en más del 50% de los casos existe defecto motor, y entre el 30 y el 35% presentan déficit cognitivo. En un menor porcentaje de los pacientes quedan trastornos visuales, sensitivos, del lenguaje, de la deglución y de la marcha, así como del control esfinteriano. (O. Fernández-Concepción, 2001)

Sumado a estas dificultades, es necesario tomar en cuenta otras más que serán tratadas en el apartado “efectos psicológicos tras el impedimento físico o verbal”, ya que fuera de lo médico, éstas afectan la calidad de vida del sujeto en otros ámbitos.

1.3.2. Afasia

La afasia es un trastorno adquirido del lenguaje en el que una o varias secciones del hemisferio izquierdo del cerebro relacionadas a las áreas del lenguaje son afectadas. Puede llegar a perjudicar el habla, la comprensión, la lectura (alexia) y escritura (agrafia), sin embargo no representa algún tipo de dificultad a nivel físico o intelectual. Se produce por varios motivos dentro de los cuales pueden estar: un accidente cerebrovascular, enfermedades degenerativas, traumatismos a nivel de cerebro y por la formación de tumores.

Existen varios tipos conocidos de afasia pero en este caso se tomará aquellas que se presentan con frecuencia al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Una de éstas es la afasia motora o de Broca, consiste en un tipo de afasia no fluente y en ocasiones hasta incomprensible, esto es porque la expresión resulta más comprometida que la comprensión.

Respecto al área de Broca el Dr. Jorge González (2009); desde la perspectiva médica, explica que se trata de una zona ubicada en la parte posterior del giro frontal inferior, donde se encuentran los programas que permiten la emisión del lenguaje, así mismo mencionará que contigua a esta área, se encuentra la corteza primaria motora que será la responsable de controlar los movimientos de la boca, lengua y cuerdas vocales. Esto explica por qué es común encontrar pacientes que no puedan hacer uso de frases espontáneas y en su lugar se sirven de frases cortas. Las personas que resultan afectadas por este tipo de afasia son capaces de reconocer su déficit que en ocasiones puede presentar además una hemiparesia derecha que afecte tanto cuerpo como rostro.

Asociado a este tipo de lesión suele presentarse una disartria que a diferencia de la afasia de Broca, se caracteriza por ser un trastorno del habla el cual implica dificultades en la articulación de palabras o fonemas. Generalmente el tiempo de duración de la rehabilitación puede llegar a tardar varios meses o en ocasiones hasta años.

Un segundo tipo es la afasia sensorial o de Wernicke que se caracteriza por ser una lesión cerebral en el área de Wernicke localizado en la zona posterior de la primera circunvolución. A diferencia de la afasia motora o de Broca, en este tipo de lesión lo que resulta mayormente comprometido es la comprensión pues dicha área es la encargada de “la decodificación de percepciones con contenido lingüístico en un significado” (González-Hernández, 2009).

Este tipo de pacientes presentan un habla más fluido pero con un vacío en estas palabras pues carecen de algún valor semántico. Dado que se trata de una alteración en la comprensión, el sujeto no es capaz de reconocer su déficit o sus errores al momento de enunciar algo.

Según explica la terapeuta de lenguaje Shirley Heredia (2014) del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, la rehabilitación con el paciente afásico puede llegar a durar aproximadamente un año o más, pues en el caso de las afasias es necesaria una terapia más prolongada que con otros tipos de casos.

Existen casos en los que el paciente es capaz de recuperarse en su totalidad y a gran velocidad como en los casos de los accidentes cerebrovasculares isquémicos transitorios donde al cabo de algunos días de instalada la deficiencia se recuperan las funciones del lenguaje afectadas. A la vez se pueden presentar casos que no logran una recuperación total y requieren de mayor tiempo para lograr alguna mejora. Es por este motivo que resulta importante iniciar un tratamiento rápido una vez instalada la deficiencia, antes que ésta avance junto con algún cuadro patológico asociado.

1.3.3. Hemiplejias

La hemiplejia se trata de un trastorno motor que afecta al hemicuerpo contralateral a la lesión que haya adquirido el sujeto. Comúnmente se puede manifestar en una parálisis total o parcial que puede afectar: brazo, pierna y rostro. Ésta puede ser producto de una enfermedad, traumatismo, accidente cerebrovascular, tumor o lesión en los centros motores del cerebro.

Es frecuente que se presente en adultos mayores debido a un accidente cerebrovascular en el que el flujo continuo de sangre es interrumpido, siendo incapaz de recibir suficiente oxígeno y nutrientes, causando la muerte del tejido.

Según la ubicación de la lesión se puede determinar la gravedad de los síntomas, en los casos en los que la lesión no ha afectado en gran medida se puede producir una hemiparesia que a diferencia de la hemiplejia, se trata de un déficit motor de menor grado en el que el

hemicuerpo afectado ve debilitada sus capacidades pero no en su totalidad, dando paso a una recuperación más pronta.

A partir de la experiencia práctica en el trabajo con pacientes hemipléjicos se pudo observar que parte de los síntomas a presentarse durante la hemiplejia son:

- Problemas en la deglución de alimentos (disfagia)
- Pérdida de equilibrio
- Pérdida de la marcha
- Problemas en la expresión y comprensión (afasia)
- Pérdida del control de esfínteres
- Dificultad motora en la prensión
- Dolor y rigidez muscular
- Depresión, ansiedad, irritabilidad y apatía

Parte de los tratamientos empleados para tratar la hemiplejia se basan en la estimulación de la zona muscular paralizada y reeducación del hemicuerpo no afectado para la realización de las actividades cotidianas.

1.4. Tipos de terapias:

Las terapias tienen como fin el brindar al paciente discapacitado, en algunos casos, una oportunidad de restablecer y compensar las funciones afectadas por la invalidez; y en otros casos el de impedir o prorrogar el avance de una afección que venga a deteriorar las funciones de un individuo en el marco de la vida cotidiana.

Para comprender el contexto que rodea a las terapias ofrecidas en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, fue necesaria la elaboración de entrevistas a los profesionales que componen dicha área para situar de manera pertinente cómo se da el trabajo con los pacientes en el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

En el marco de las discapacidades, la OMS define a la terapia como: “Actividades e intervenciones dirigidas a restablecer una función, compensar su pérdida y evitar o retrasar el deterioro del funcionamiento en todas las esferas de la vida de una persona” (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Entre las medidas de terapia propuestas por la OMS se incluyen las siguientes:

- Capacitación, ejercicios y estrategias compensatorias
- Educación
- Apoyo y asesoramiento
- Modificaciones en el ambiente
- Suministro de recursos y ayudas técnicas

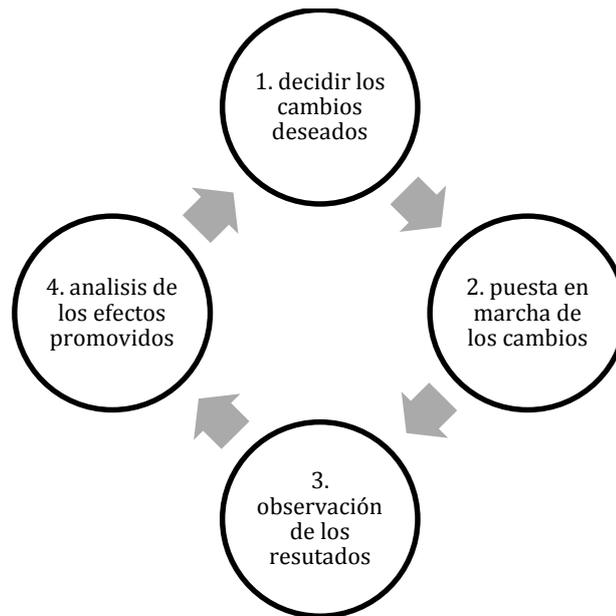
Tomado de: (Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011)

El Dr. Hugo Núñez Bernadet (2005) al hablar del proceso de rehabilitación, hace mención de la importancia de contar con un plan organizacional, respecto al mismo dirá “La planificación de este proceso terapéutico implica la consideración de una secuencia metodológica válida para la organización de cualquier proceso, a saber”

1. Determinación de la misión
2. Definición de los objetivos
3. Diseño del proyecto
4. Ejecución

Dicho plan está sujeto a otras condiciones como lo son el estado clínico del paciente, el grado de la lesión, los recursos con los que cuenta y las metas propuestas. Se puede entender que éste plan no se muestra como un modelo único e invariable pues es según las condiciones del caso a caso que se podrá establecer un tiempo para la ejecución de dicho plan.

Núñez (2005) así mismo plantea la necesidad de establecer un “Ciclo de Mejora Continua” para ser capaces de identificar situaciones que puedan requerir de un cambio. Éste ciclo lo explica de la siguiente manera:



Tomado de: (Reflexionando en Rehabilitación, 2005)

Ante la multiplicidad de casos a presentarse en el trabajo de rehabilitación integral del paciente impedido físico, es necesario brindar tratamientos no generales sino más bien focalizados en trabajar las distintas áreas afectadas según lo requiera el caso. Es así que dentro de los distintos servicios ofrecidos por el área se encuentran como principales:

1.4.1. Terapia Física

La terapia física es la encargada de valorar las condiciones físicas de los pacientes en cuanto a la adquisición de un déficit motor para luego elaborar y planificar un plan terapéutico acorde a su situación, promoviendo su aplicación a fin de disminuir el grado de lesión o bien suprimir las alteraciones físicas que producen la discapacidad.

La terapia física encuentra sus aplicaciones no solo en la elaboración de planes terapéuticos ante un trastorno físico sino también en programas de prevención los cuales son muy comunes en las terapias aplicadas en adultos mayores.

Según explica la terapeuta física Angélica Solórzano (2015) del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, la terapia física además de encargarse de ofrecer tratamientos preventivos también ofrece terapias

que se encargan de potenciar a los sujetos a fin de dar un acondicionamiento físico el cual es muy usado en deportistas.

Ya en el ámbito hospitalario su aplicación se encargará de tratar los problemas de salud ligados a algún tipo de trastorno físico-motor mediante el uso de técnicas físicas con la ayuda de mecanismos especializados procurando mejorar las funciones corporales. Algunos de los tratamientos ofrecidos en el servicio son:

- Electroterapia
- Magnetoterapia
- Termoterapia
- Terapia láser
- Mecanoterapia
- Terapia por ultrasonido
- Tracción cervical
- Ejercicios terapéuticos

Dado los servicios y distintas terapias que ofrece, la fisioterapia encuentra su aplicación en varias especialidades de la medicina, brindando un aporte necesario al momento de la planificación de un proceso terapéutico de rehabilitación.

La fisioterapia tendrá como objetivo lograr la optimización de las funciones corporales residuales del sujeto así como mejorar, recuperar y preservar aquellas funciones que resulten afectadas por algún tipo de trastorno motor, mejorando su calidad de vida.

1.4.2. Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional se trata de un tipo de terapia enfocada en prevenir la disfunción ocupacional de los pacientes que presentan algún tipo de déficit motor. La OMS al momento de nombrar a la terapia ocupacional menciona:

Consiste en la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación, y tiene como objetivo primordial ayudar a las personas a tomar parte en las actividades de la vida cotidiana. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado posibilitando a las personas hacer cosas que aumenten su capacidad de participar o modificando el entorno para contribuir mejor a tal participación. (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Su enfoque se centra en brindar un tratamiento al paciente mediante la ocupación para ayudarlo a mejorar su calidad de vida y sea capaz de mantenerse por sí mismo, utilizando las funciones que no han sido afectadas, mientras que a su vez se encargará de tratar el déficit instalado.

“La Terapia Ocupacional suscribe un abordaje holístico de la disfunción, que se encarga de actividades de promoción, mantenimiento, prevención y recuperación de la salud y de la autonomía personal del individuo” (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2005)

Parte de los objetivos que busca la terapia ocupacional, propuestos por la ANECA (2005) se centran en promover el uso de métodos y técnicas con fines terapéuticos para la prevención de lesiones o discapacidades a fin de mejorar, mantener y restaurar la calidad de vida de los pacientes discapacitados o con lesiones, logrando la independencia funcional de los pacientes según sus condiciones físicas y su capacidad de “adaptación al entorno producidos por enfermedad, lesión, daño cognitivo, disfunción psicosocial, enfermedad mental, discapacidad del desarrollo o del aprendizaje, discapacidad física, marginación social u otras condiciones o desórdenes”.

Los tratamientos ofrecidos en este tipo de terapia en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación se caracterizan por ser actividades de la

vida diaria, las cuales se centran en el entrenamiento y reeducación de las funciones cotidianas para que el paciente logre un estado de independencia. Lo interesante de este tipo de terapias es que se trata de ejercicios que el paciente es capaz de realizar no solo en el hospital sino también en su hogar. De esta manera se logra hacer del paciente un sujeto activo en el proceso de rehabilitación, involucrándolo de forma que a medida que avancen sus terapias, se convierta él mismo en su rehabilitador.

Este abordaje se realiza sobre una concepción de sujeto en su calidad de individuo bio-psico-social preservando su derecho a tener un estilo de vida digno e independiente ante cualquier situación de impedimento físico.

1.4.3. Terapia de Lenguaje

La terapia de lenguaje también concebida como logopedia o fonoaudiología, está conformada de varias especialidades. En un principio, su aplicación era ejercida únicamente en los servicios de salud pero al cabo de varios años se pudo demostrar la importancia de sus aplicaciones en otros campos laborales.

Tipos de Fonoaudiología:

Conocimiento	Estudiante	Fonoaudiología asistencial	Fonoaudiología educacional	Fonoaudiología científica	Fonoaudiología legal
Amorfo	Etapa informativa	Entrevista	Diagnóstico	Antecedentes	Expedientes-autos-proceso judicial
Transformación	Etapa formativa	Diagnóstico	Necesidades educativas	Investigación	Pericia
Forma	Etapa productiva	Terapéutica	Adecuaciones curriculares	Planificación	Conclusiones

Tomado de: (Brizuela, Ferriozzi, & Serra, 2009)

Como se puede apreciar en el cuadro, existen distintos ámbitos y aplicaciones para los servicios fonoaudiológicos. Dichas aplicaciones requieren de modificaciones en los roles pues sus procesos y objetos no

son los mismos. En este caso se abordará únicamente a la fonoaudiología asistencial pues es la que compete a los servicios de salud como lo es el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

La fonoaudiología asistencial más allá de ser un servicio de asistencia a las necesidades que el paciente no es capaz de satisfacer por sí mismo, se trata de brindar una ayuda a fin de producir un progreso en la situación afectante del paciente. Se la define como una “Profesión y especialidad que tiene por campo de actividad la detección y exploración de los trastornos de la voz, de la audición, del habla, del lenguaje oral y escrito y la adaptación o readaptación de los pacientes que los padecen” (Espacio Logopedico, 2001-2014).

Su objeto de estudio será la comunicación humana, específicamente la voz, la audición y el lenguaje. Al momento de ofrecer un diagnóstico o hablar de una nomenclatura en cuanto a las patologías propias de la fonoaudiología hay un elemento importante a tomar en cuenta, la “transversabilidad del diagnóstico” (Brizuela, Ferriozzi, & Serra, 2009).

Si bien es cierto existen muchas enfermedades a las que la fonoaudiología responde, pero cada paciente puede padecer de ésta de manera distinta, aún siendo pacientes con un mismo diagnóstico. Es necesario entonces saber identificar el tipo de patología fonoaudiológica que ese sujeto expresa en su individualidad. Silvana Serra (2009) menciona que el primer aspecto a identificar es si las patologías afectan procesos funcionales que:

- Comprometen la conservación de la vida del individuo
- Comprometen su inserción social y desarrollo cognitivo
- O combina ambos casos anteriores.

El segundo aspecto a considerar será la edad del paciente “es fundamental considerar la instancia evolutiva en la que se presenta a fin de definir la fisiopatología de la misma y las consecuencias. También permite valorar el pronóstico, es decir, qué esperar terapéuticamente del paciente” (Serra, Fonoaudiología Asistencial y Educacional, 2009).

Finalmente el tercer aspecto será definir si el tipo de patología que presenta el paciente tiene relación con otras patologías correspondientes a otras áreas de la medicina como traumatismos, tumores, infartos cerebrales, entre otros. Es necesario tener en cuenta la incidencia de patologías pertenecientes a otros ámbitos de salud antes de dar un diagnóstico y más aún para establecer un tratamiento.

Momentos en la fonoaudiología (Serra, Fonoaudiología: Atención al paciente, 2009):

1. Admisión
2. Entrevista – anamnesis
3. Valoración
4. Diagnóstico
5. Devolución
6. Propuesta Terapéutica
7. Admisión en la terapéutica
8. Administración de la terapia
9. Evaluación parcial y general
10. Fin de terapia

En el contexto de las terapias de lenguaje brindadas en el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, la terapeuta de lenguaje a cargo de la evaluación y admisión de pacientes a dicha terapia, Shirley Heredia (2014) menciona que los principales factores a tomar en cuenta al iniciar un proceso de rehabilitación del lenguaje son: la edad, la localización de la lesión, el tipo de lesión y la disponibilidad del paciente a la terapia.

Explica que con el sujeto discapacitado se trata de una terapia enfocada en la reeducación en la que se busca la implicación activa del paciente. Los tratamientos pueden llegar a durar un año aproximadamente y en el caso de los afásicos aún más pues son los que presentan mayores dificultades en relación a la memoria y comprensión. Esto implica que la terapia ofrecida a ellos sea por imitación, al menos hasta que se logre un mayor progreso.

SEGUNDA PARTE:

1. La discapacidad en el Ecuador

En el Ecuador, según el VII Censo de Población y VI de Vivienda (INEC) realizado en el año 2010, arroja como resultados que de una población total de 14'306.000 habitantes; el 5,64% afirmó tener algún tipo de discapacidad. En el año 2012, mediante un estudio investigativo denominado Misión Solidaria Manuela Espejo se muestra que 294.304 personas en el Ecuador padecen de algún tipo de discapacidad crítica. En el 2013, el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades registró en el mes de mayo a 361.487 personas con discapacidad.

Cifras obtenidas de: (Manual de buenas prácticas para la inclusión laboral de personas con discapacidad, 2013) y (Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades, 2013)

El modelo internacional que adopta el Ecuador y que orienta al cumplimiento de los derechos de los discapacitados, se basa en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) la cual define a la discapacidad como: “Discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Es así que el sujeto impedido físico es concebido por el estado ecuatoriano como “sujetos de derechos, que poseen los mismos derechos económicos, sociales y culturales que disfruta la población en general; y, fomenta su participación activa en las actividades de la sociedad e incidencia política” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo & Consejo Nacional de Discapacidades, 2013).

Éste modelo de desarrollo social inclusivo, como lo denomina el CONADIS (2013) se orienta hacia la aplicación de políticas que respalden

a los ecuatorianos, bajo un modelo de igualdad social y de derechos, sin importar su condición, edad, estatus o género.

Las acciones de parte del gobierno, más allá de la implementación de políticas que se orientan a la inclusión de las personas discapacitadas en todos los ámbitos sociales y laborales, se puede evidenciar también en otros casos como la formulación del Manual de buenas prácticas para la inclusión laboral de personas con discapacidad que busca “destacar y socializar acciones del sector empresarial y público que en sus procesos garantizan la equidad de oportunidades, el respeto a la diversidad incluyendo personas con discapacidad en sus equipos de trabajo más allá del cumplimiento de la Ley” (Ministerio de Relaciones Laborales & CONADIS, 2013).

Los objetivos a cumplir por parte del gobierno, en relación al ámbito laboral, son el brindar un empleo digno e inclusivo a los sujetos discapacitados mediante el fortalecimiento y mejora de los procesos de inclusión laboral. Esto arroja como finalidad garantizar la inclusión de las personas discapacitadas mediante la preservación de sus derechos.

2. Efectos ocurridos en el paciente tras el impedimento físico o verbal

Dentro de las consecuencias o dificultades que implica la instalación de un déficit motor, es necesario tomar en cuenta no solo su incidencia en el cuerpo del paciente sino también de qué manera repercute en su vida. A su vez hay que tomar en cuenta que no todas las discapacidades son las mismas y no todos los sujetos la asumen de igual manera.

Una condición de minusvalía es algo ante lo cual ninguna persona se encuentra preparada para enfrentar, estas irrumpen en la vida del paciente de forma repentina causando daños, en algunos casos hasta irreversibles, obligando al sujeto a reformular su situación de vida a fin de adaptarse a las condiciones actuales sujetas al trastorno adquirido.

2.1. Consecuencias físicas

Es cierto que al pensar en la principal consecuencia que trae un trastorno motor, es común pensar en la pérdida de las funciones corporales debido en ocasiones a una parálisis total o parcial de uno de los miembros. Pero es necesario considerar la incidencia de dicho déficit en otros ámbitos de la vida del paciente como por ejemplo el desarrollo de las actividades diarias en el hogar o el trabajo.

Las personas con deficiencias motoras y quienes han sufrido amputaciones de miembro superior pueden tener dificultades con los dispositivos que requieren de manipulación fina, como ocurre con los teclados pequeños. Las interfaces de conmutadores, los teclados alternativos o el uso del movimiento de la cabeza y los ojos pueden ser soluciones posibles para acceder a las computadoras (Organización Mundial de la Salud, 2011)

Generalmente en la vida del paciente una de las primeras dificultades a presentarse es la reorganización de su vida a partir de un cambio radical. Es común que dicho proceso de reorganización esté acompañado de estados depresivos o de frustración ante las dificultades que puede implicar el adaptarse a un estilo de vida en el cual se requiere la ayuda de otros para cumplir tareas que anteriormente se realizaban con normalidad.

Estos estados que pueden surgir durante la primera etapa del proceso tendrán gran relación con la estructura psíquica previa a la instalación del déficit. Factores como la edad, sexo, situación laboral, situación familiar, entre otras; serán necesarias para dar cuenta de que tan efectivo puede resultar un tratamiento, su duración y su aplicación.

2.2. Dificultades en el tratamiento terapéutico de rehabilitación

Al hablar de los pacientes que asisten al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, se puede tomar a los trastornos neurológicos como común denominador en la génesis de las dificultades físicas o verbales que pueda presentar cada caso.

Una vez ya detectada y tratada la causa, los tratamientos a los trastornos neurológicos se llevarán a cabo por medio de un fisioterapeuta que se encargará de evaluar los daños producidos por dicho trastorno y proponer un tratamiento que se ajuste a las posibilidades de cada caso.

En este primer momento de la rehabilitación que corresponde a la evaluación y elaboración de un plan terapéutico es común encontrarse con pacientes que se rehúsen a cualquier tipo de tratamiento pues aún se encuentran lidiando con la adaptación a su nueva condición y les es necesario, en ocasiones, un tiempo para reorganizar sus vidas.

“El éxito de la reeducación ambulatoria no depende únicamente de la detección de los problemas, sino también de tratamientos específicos que solucionen las dificultades derivadas de los problemas detectados” (Davies, 2003)

Al hablar de las dificultades derivadas de los problemas detectados se hace referencia a estas otras implicaciones en la vida del paciente. Pero ¿quién se hace cargo de dichas dificultades? Es aquí donde surge la importancia de contar con un equipo multidisciplinario capaz de abarcar todas las dificultades que pueda presentar cada caso.

En el caso de estas dificultades que no guardan relación con la parte médica, se puede mencionar algunas que se han podido evidenciar en el transcurso de las prácticas clínicas y que han sido obstáculo para el desenvolvimiento de las terapias de rehabilitación.

Una de las más frecuentes a presentarse es la dificultad de parte del paciente para comprender el propósito y duración del proceso terapéutico, ésta guarda relación con la poca información que maneja el paciente, no solo sobre su rehabilitación sino incluso sobre su condición y síntomas.

Esto se debe a que parte del personal médico a cargo del caso, no brinda en ocasiones la suficiente información respecto al diagnóstico y progreso de la enfermedad o tal vez ésta es manejada únicamente con la familia, dejando de lado al paciente sin brindarle una posibilidad de implicarse

con el tratamiento. Esto muestra que las dificultades derivadas del cuadro médico y que hacen de obstáculo, no solo provienen de parte del paciente sino también del abordaje médico que se encarga de tratar únicamente al cuerpo en déficit.

Así mismo existen dificultades a las que se enfrenta el terapeuta en relación a las problemáticas que implican un diagnóstico, como lo es por ejemplo las afasias que tienen como característica comprometer el área del lenguaje haciendo más difícil el establecer una comunicación clara entre paciente y médico.

Otra de las dificultades que se presentan con frecuencia suele ser la no aceptación de una nueva imagen corporal en el caso de los pacientes hemipléjicos o con amputaciones, lo cual repercute en ocasiones en ideas de muerte, desprecio por si mismo o una negación total a continuar con el tratamiento debido a que no creen que puedan recuperarse.

Las alteraciones sufridas a nivel físico generan que el paciente elabore una nueva concepción de su cuerpo y su entorno, las interacciones entre ambos puede generar una serie de problemas. Según el tipo de lesión, habrá pacientes que mantengan la mayor parte de sus funciones mientras que otros al verse más afectados; teniendo el mismo diagnóstico, pensarán que su estado es más grave de lo que parece y pudiendo determinar en ellos un estado depresivo.

Estas son algunas de las dificultades que suelen presentarse durante el proceso, ya sea de parte del paciente o del personal del área, pero también existen otras dificultades que van más allá. Con esto se refiere a cuestiones más de tipo institucional o administrativo como por ejemplo que dicho servicio no cuente con un área psicológica y un área de trabajo social.

La instalación de un déficit, sea de tipo motor o mental, llega a conmocionar la vida del paciente y que éste no pueda contar con un servicio psicológico puede crear aún más dificultades para el desarrollo de un tratamiento, el que no pueda contar con una guía correcta ante los

procedimientos a tomar para su reinserción en el ámbito laboral podría sumar tensión a su situación.

2.3. Efectos en otros ámbitos

Si se toma un estado de discapacidad desde la percepción del paciente, en el caso de las hemiplejias, su problemática no girará únicamente en torno al déficit adquirido en el hemicuerpo afectado sino sobre la totalidad que representa el cuerpo para el paciente y las funciones que se ven alteradas en él y su cotidianidad.

La Dra. Nora Guerrero de Medina (2005) dirá que “las interrelaciones sociales normales y la actividad laboral, que constituyen las dos fuentes de satisfacción y autoestima, quedan perturbadas o suprimidas”. Esto da a entender que son distintos ámbitos afectados los que darán al paciente la posibilidad de elaborar, sea correcta o incorrectamente, lo que será su discapacidad en su vida. Es así que dentro de los ámbitos principales a tomar en cuenta están:

2.3.1. Laboral

Para empezar es necesario aclarar el contexto que rodea al paciente que accede a los servicios de seguridad social brindados por el IESS y más específicamente al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Si bien es cierto se trata de un servicio que se brinda a los afiliados, ofertando todos los beneficios y accesos posibles a un servicio de salud de calidad por lo tanto, se trata de personas que en la gran mayoría de casos, no están en la capacidad de costear un servicio de tipo privado en otros centros de salud.

Según la estadística arrojada a partir de los casos atendidos dentro del área, se entiende entonces que son personas de un nivel social y económico medio-bajo cuyos niveles de educación, en ocasiones, no sobrepasa la formación básica o secundaria. Se hace mención a esto

pues al momento de hablar de una situación de déficit es necesario tener en cuenta las condiciones de vida del sujeto antes de la instalación del mismo.

Dada su condición social, económica y educativa, se puede tener una mayor comprensión de cómo dicha situación afectará la vida del paciente. Tomándolo ya desde el campo laboral se puede tornar en una situación muy compleja pues muchos de los pacientes realizan actividades laborales que en su mayoría constan de labores manuales y que requieren gran actividad física.

Dentro de los más importantes planes de acción de parte del Gobierno Ecuatoriano, el Manual de Buenas Prácticas para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad menciona que la “Inclusión laboral de personas con discapacidad, es el acceso al empleo en las mismas condiciones de tareas, sueldos y horarios que cualquier otro trabajador sin discapacidad” (Ministerio de Relaciones Laborales & CONADIS, 2013)

Pero existe un problema y es que pese al objetivo del plan de inclusión laboral que trata de crear ambientes laborales igualitarios para todos los ciudadanos, no todos están preparados académicamente debido a sus escasos recursos lo cual impide que ingresen a ocupar puestos donde su capacidad no sea impedimento.

Tal es el caso de aquellas personas que realizan labores domésticas que sin contar con una adecuada preparación académica, se encuentran con grandes limitaciones al momento de reinsertarse en un campo laboral fuera de las actividades que realizaban habitualmente.

Otro elemento a tomar en cuenta es que no todas las rehabilitaciones se dan en un 100%, en ocasiones quedarán secuelas motoras o mentales que dificultarán incluso las actividades diarias del paciente, impidiendo por completo una reinserción laboral. Es aquí donde existe la posibilidad de acogerse a una jubilación temprana según el tipo de caso y el grado de lesión.

Por otra parte existen dificultades de parte de las instituciones que pese a que la ley de código laboral exige la contratación de un mínimo de personas con discapacidades, hay empresas que se resisten a contratar este tipo de personal debido al tiempo y exigencias que requieren de un proceso de adaptación e integración lo cual implica un mayor esfuerzo para los empleadores.

2.3.2. Social

En el ámbito social, las discapacidades son objeto de muchas discusiones y en ocasiones hasta malos entendidos. Es evidente que no se maneja un concepto social claro en cuanto a lo que implica una discapacidad física o mental. Es debido a esta situación que surgen algunas dificultades al momento que un sujeto discapacitado se reinserta en la vida social.

Una de las principales dificultades a las que se enfrenta el sujeto impedido físico es la falta de información existente en el medio social acerca de los derechos y habilidades con los que cuentan los sujetos discapacitados, produciendo relaciones que se enmarcan en la segregación y discriminación de dichas personas.

A su vez esto determina que la concepción del sujeto discapacitado gire en torno a una imagen estereotipada contraria a lo que se ha establecido como “normal” en un entorno social.

Las personas y las instituciones al no comprender al sujeto discapacitado no sabrán como lidiar con él, lo que dará paso a tratos y servicios no acordes a sus posibilidades, negando así el libre desarrollo de sus derechos. Es ante tan compleja situación que la respuesta habitual de parte de un sujeto discapacitado resulta ser la de apartarse de la sociedad debido no solo a las dificultades a las que se enfrentan sino también a lo que implica asumir su nueva imagen corporal.

2.3.3. Familiar

En cuanto al entorno familiar, la aparición de una discapacidad en uno de sus miembros, siempre retornará en situaciones angustiantes que afectarán a cada uno de ellos y sus relaciones. Dado que se presentan de forma abrupta, su forma de responder en ocasiones se dará por medio de la preocupación debido al desconocimiento en cuanto a la enfermedad y ante la incertidumbre de lo que ocurrirá con dicho familiar.

Las relaciones familiares pueden resultar afectadas de distintas maneras, esto dependerá de factores como: el miembro familiar portador del déficit, el grado de lesión, los síntomas que presente, sus elaboraciones en cuanto a su discapacidad y como afecta ésta económicamente.

En el contexto de lo que se puede evidenciar dentro de las prácticas clínicas, el trabajo se realiza comúnmente con personas adultas, generalmente hombres que resultan ser cabezas de hogar. En estos casos es muy frecuente encontrar situaciones familiares marcadas por conductas de ira y enojo contra quienes brindan los cuidados al paciente, debido a una no aceptación de la situación de discapacidad.

Existen otros casos en los cuales el paciente adopta estados de depresión severa generando un ambiente familiar tenso en el cual aquellos que lo rodean suelen optar por un distanciamiento, dejando solo al paciente ante su situación.

2.4. Síntomas psicológicos más comunes

Más allá de las dificultades médicas existen otros factores que inciden en el desarrollo terapéutico de rehabilitación. Estos giran en torno esencialmente a cómo el paciente ha elaborado su situación y cómo responde ante ella. Se habla entonces de síntomas psicológicos como reacción a un estado de déficit.

La presencia de estos síntomas psicológicos resultan ser comunes y hasta previsibles pues forman parte de las respuestas “esperadas” a las

que el paciente recurrirá para afrontar su dificultad. Aunque su presencia no deja de hacer de obstáculo al proceso, es necesario comprender que son las respuestas que el paciente ha elaborado desde su formación y de las cuales logra sostenerse ante tal impacto en su vida.

En base a los motivos de derivaciones y las entrevistas realizadas a los pacientes, se puede tomar como los síntomas psicológicos más frecuentes a presentarse:

2.4.1. Irritabilidad

Siendo una de las que más destaca en cuanto a causal de derivación, la irritabilidad se presenta como uno de los mayores obstáculos en el desarrollo de las terapias. Esto se debe a que existen algunos elementos como el tiempo de rehabilitación, la movilización o traslado, el uso en abundancia de medicamentos y la dependencia, que genera impaciencia, produciendo ideas de una recuperación muy lejana y molesta.

2.4.2. Inadaptabilidad

La inadaptabilidad se liga a problemas en cuanto a la no aceptación de una imagen que socialmente no es bien vista y poco comprendida. El pasar de un momento a otro de un estado activo a uno pasivo genera en el paciente gran inconformidad en cuanto a lo que se avista en su futuro. Aquí también entran las dificultades que conlleva el tener que ver sus cuidados relegados a otras personas, quitando su independencia.

2.4.3. Depresión

Los estados depresivos son los más comunes a presentarse sin importar el diagnóstico o la edad del caso. La conmoción que genera el cambio en el estilo de vida del paciente resulta en ocasiones insoportable para ellos. Dado que son distintos los ámbitos de su vida que resultan afectados, el tiempo que conlleva el readaptarse y reorganizar su vida, se asimila a un proceso de duelo en el que el cuerpo y sus funciones deben ser elaboradas para dar paso a un nuevo cuerpo marcado por la discapacidad.

2.4.4. Angustia

Los sentimientos de angustia se presentan usualmente en las primeras fases en las que se ha instalado el déficit debido a la incertidumbre que conlleva el diagnóstico y los tratamientos a los cuales serán sometidos. Así también se presentan bajo la forma de ideas obsesivas que giran en torno a una recaída de salud por la misma enfermedad.

3. La psicología en el trabajo de rehabilitación

3.1. Trabajo multidisciplinario

La Medicina Física y Rehabilitación al tratarse de un servicio, es necesario entender qué elementos están detrás de ella. Como se explicó en apartados anteriores, dicho servicio se subdivide entre las distintas terapias que oferta a fin de darle al paciente la oportunidad de recuperar las funciones perdidas e independencia en las tareas básicas.

A su vez dichas terapias son llevadas a cabo por diferentes especialistas y profesionales de la salud, quienes conforman el equipo de trabajo que cumplirá con dichos objetivos. Cada uno de ellos cumplirá un rol específico dentro de la elaboración de un plan terapéutico.

Por lo tanto se entiende que cada uno de estos especialistas responderá desde su formación ante la situación clínica que atraviesa el paciente, aportando elementos claves en la recuperación integral del mismo. Dicho equipo estará conformado por el médico fisiatra, licenciados en terapia física, terapia ocupacional, trabajador social, psicólogo clínico, terapeuta de lenguaje.

Dentro de todo lo que es el proceso que atraviesa el paciente también estarán presentes otros especialistas como lo son el neurólogo, psiquiatra, cirujano plástico, oncólogo, ortopedista, traumatólogo, entre otros, para brindar un seguimiento y control sobre otras afecciones que pueda presentar el cuadro clínico.

Si bien el médico responde a la medicina, con la ayuda del equipo multidisciplinario no se deja de atender otros aspectos que también requieren ser tratados y que no guardan relación con la parte médica del caso. Es aquí donde entra el trabajo del psicólogo clínico y trabajo social, quienes serán los encargados de asistir al paciente sobre distintos aspectos de su vida que necesitan de una atención a partir de su formación.

Se tratará entonces de brindar una colaboración entre cada uno de los miembros del equipo para formar espacios estimulantes que procuren el desarrollo de una terapia integral. Esta visión integradora que brinda cada especialista desde su formación nutrirá la historia clínica del caso, complementando cada teoría sin invalidar una a otra, aportando algo al caso y no confundiendo.

3.2. Dificultades en el trabajo psicológico

Durante el desarrollo de las prácticas clínicas en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, se pudo dar cuenta de algunas de las dificultades a las que el trabajo psicológico se enfrenta en relación no solo a los casos atendidos sino también en cuanto a la institución.

Algunas de las dificultades halladas en un primer momento de la práctica fueron a nivel institucional, con esto se hace referencia a que el servicio no cuenta con un psicólogo clínico encargado de los casos del área por lo tanto los pacientes no contaban con la posibilidad de acceder a dicha terapia.

Por otra parte en cuanto a las derivaciones, éstas cumplen un proceso en el cual los pacientes no pasan por una evaluación psicológica sino que son derivados por los licenciados a cargo de llevar las terapias de rehabilitación. Si bien es cierto son profesionales cuya formación los ha capacitado sobre las distintas técnicas y métodos para llevar a cabo un proceso terapéutico, sin embargo esto no garantiza que aquello que ellos

perciban como un malestar o síntoma psicológico, haga del paciente un caso necesario de recibir terapia psicológica.

En cuanto a los pacientes se presentaron dificultades en relación a lo que ellos concebían como psicología bajo una idea equivocada en la que creen su derivación se debe a que podrían estar “locos”, llegando a sentirse aludidos solo por el mismo hecho de ser derivados. De esto parte su negativa de asistir a la terapia psicológica además que dependiendo del caso, el sumar una terapia más, les resulta agotador debido al trabajo que implica sumar una terapia más a las que con frecuencia asisten.

En ocasiones una vez que ya han aceptado el asistir a la terapia psicológica, no todos los casos brindan las mismas facilidades y aperturas para realizar un trabajo psicológico. Se evidencia usualmente bajo la forma de transferencia negativa en la que el paciente atribuye al psicólogo sentimientos de enojo o inconformidad debido a que por ser parte de una institución hospitalaria, se lo asemeja al a figura del médico, con quienes no siempre se establecen buenas relaciones.

A esto último, es importante nombrar un factor que de parte del psicólogo no siempre favorece para establecer una relación transferencial: La edad. Esta variable resulta ser el mayor obstáculo en estos casos debido a que los rangos etarios promedio de los pacientes rondan entre los 40 y 60 años, y el tener que asistir a una terapia donde quien los atiende tiene una edad entre los 20 y 30 años genera ideas de un servicio poco serio y profesional como lo sería con alguien de mayor edad.

Otra de las dificultades son aquellas que se presentan como parte de los síntomas propios de un diagnóstico. Tal es el caso de los pacientes afásicos que en su incapacidad de enunciar su malestar, hacen necesario el uso de otras técnicas para lograr rescatar aquello que el sujeto tiene para decir.

3.3. Importancia del tratamiento psicológico

Sin duda como se ha explicado a lo largo del desarrollo de este trabajo, las repercusiones que tiene la adquisición de un trastorno motor o mental es gigantesca para la vida del paciente y el poder contar con un espacio de palabra para poder tramitar todo lo que el paciente puede ubicar como queja, tiene un valor único para el tratamiento terapéutico.

Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes son capaces de poner en palabras un malestar y es aquí cuando surge un síntoma que traduce su angustia. Pero esto no significa que el ofertar un espacio de palabra no tenga algún efecto en ellos. Dependerá de la labor del psicólogo hacer que el paciente pase del síntoma a la palabra.

En relación a la gama de casos a presentarse en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, es importante brindar la posibilidad de que el paciente logre elaborar una nueva imagen en el marco de las discapacidades, brindando diferentes formas de adaptación ante el reconocimiento y aceptación de su nuevo estilo de vida.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN DEL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

▪ **Método**

El presente trabajo de sistematización de las prácticas clínicas se desarrolla en el marco de una institución hospitalaria en la cual las entrevistas, la recolección de datos y la información clínica de cada caso se dan a partir de la aplicación del método clínico.

El método clínico consiste en un estudio individual de cada caso por medio de entrevistas, rescatando la posición subjetiva en aquello que se manifiesta como enunciado. Resulta pertinente tomar el concepto que brinda la Lcda. Díaz respecto al método clínico:

El Método Clínico se puede definir como el conjunto de procedimientos, ordenados sistemáticamente, que se aplican en forma intensiva y exhaustiva para llegar al conocimiento y descripción del ser humano. Con dicho conocimiento se pueden generar afirmaciones pronosticas aplicables en ciertas y específicas condiciones de investigación, evaluación, diagnóstico e intervención (Díaz, 2010).

Adicionalmente el método que orienta el desarrollo del marco teórico de referencia será el método exegético. Dicho método se caracteriza por ser un estudio de textos, artículos y demás referencias bibliográficas de las cuales el presente trabajo se sirve como antecedentes y que darán el soporte teórico necesario.

▪ **Tipo de Investigación**

Se trata de una investigación aplicada pues es a partir de la investigación y análisis de distintos referentes teóricos como antecedentes, es que se logra elaborar distintos criterios de relación que permitirán una evaluación de su aplicación y sus consecuencias prácticas dentro de los casos seleccionados.

Así mismo, presenta un carácter cualitativo debido a que tanto la recolección de datos como los elementos a tomar en cuenta para la explicación teórica de cada caso, constan de una base fenomenológica tales como su dinámica familiar, sus elaboraciones en cuanto a la enfermedad, sus conductas y problemática vital, todas independiente a cada sujeto.

- **Población**

El objeto de estudio que se toma para el presente trabajo de sistematización, está compuesto por los pacientes del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”. Ante la gran gama de casos a presentarse se han tomado las hemiplejias y las afasias como los diagnósticos más relevantes a tomar en cuenta acerca de las dificultades del proceso terapéutico.

- **Instrumentos**

Los instrumentos empleados en el desarrollo de los casos clínicos fueron la observación y el uso entrevistas semidirigidas. La observación se utilizó en función de la necesidad de captar aquellos elementos que resultan esenciales en el trabajo con discapacidades, elementos como: el grado de lesión corporal, la pérdida de las funciones motoras, elasticidad, entre otros. Las entrevistas se manejaron en dos momentos: uno de escucha sobre lo que el paciente traía como queja y un segundo momento donde se tomaba apuntes respecto a lo trabajado a lo largo de la entrevista.

Las entrevistas siguen esta lógica debido a las dificultades contraproducentes que implicaba el tomar apuntes durante el momento mismo de la entrevista, ya que los pacientes mostraban incomodidad al ver que se tomaban apuntes y desviaba su atención sobre aquello que era dicho y escrito, perdiendo el hilo de la sesión.

- **Recursos:**

En cuanto a los recursos de los que se sirve esta sistematización, se encuentran principalmente el uso de material teórico de referencia sobre la rehabilitación y sus componentes. Así mismo se hace uso de material estadístico sobre los índices de discapacidad en el Ecuador, obtenidos de las distintas investigaciones y artículos publicados por el Gobierno Nacional.

Adicionalmente se encuentra el uso de recursos como el espacio físico de una oficina lo cual facilitó contar con un espacio dedicado a la atención de pacientes, en un ambiente que dentro de las otras áreas de prácticas del hospital no existía.

Finalmente el presente trabajo se sirve a su vez de la información ofrecida por las distintas terapeutas del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, permitiendo nutrir el marco teórico de referencia a partir de la contextualización de la rehabilitación en el servicio.

MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN

Mes Semanas	Octubre		Noviembre				Diciembre					Enero					Febrero		
	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3
Fase Inicial																			
Primera reunión con el tutor y coordinación de fechas	X																		
Planificación de las actividades a realizarse en el proyecto		X																	
Definición del tema			X																
Definición de los objetivos específicos y generales			X	X															
Desarrollo de la justificación y la introducción al tema				X	X														
Contextualización de la sistematización y su objeto de estudio				X	X														
Planteamiento del eje que guiará la sistematización						X													
Fase Intermedia																			
Recopilación de fuentes bibliográficas	X	X	X	X	X	X													
Elaboración del esquema del marco teórico referencial							X												

Elaboración de la metodología de trabajo empleada									X											
Selección de casos clínicos a tomar																X				
Desarrollo y análisis de tres casos clínicos																X	X			
Fase Final																				
Elaboración de conclusiones																	X			
Desarrollo de recomendaciones																	X			
Finalización del trabajo																		X		
Entrega final																				X

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el siguiente apartado de tesis se demostrará la relación que guarda la teoría expuesta en el marco teórico de referencia a partir de un estudio de tres casos clínicos tomados de las prácticas pre – profesionales desarrolladas en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Este estudio de casos clínicos se soporta con la finalidad de exponer las dificultades ante las cuales el psicólogo clínico se enfrenta en el trabajo terapéutico de rehabilitación con pacientes hemipléjicos y afásicos. Identificadas las dificultades más comunes, marca un proceder posible en cuanto al manejo de los casos. Es importante mencionar que no se intenta determinar esta metodología de trabajo como única al momento de abordar a este tipo de pacientes, sino plantear una propuesta posible en el trabajo con discapacidades, teniendo en cuenta que cada caso puede requerir metodologías diferentes según sus condiciones.

A saber de los casos, el punto nuclear por el cual han sido escogidos se centra en un no saber hacer de parte de los pacientes y terapeutas físicos lo cual se liga a lo ya expuesto dentro de los distintos apartados del marco teórico. A su vez, cada caso ha sido seleccionado por distintos factores como: su condición física y mental, número de entrevistas, motivo de derivación, dificultades que presentaron en las terapias físicas y las dificultades dentro del trabajo psicológico.

A continuación se realizará la exposición de cada caso en el cual su desarrollo se dividirá en tres partes. Dentro de las generalidades del caso se hablará sobre la historia clínica y familiar del paciente, así como el causal de su derivación al trabajo psicológico y demás datos generales que se consideran importantes a tomar en cuenta para la comprensión del mismo. Seguidamente se hará un breve recorrido de lo que fue el desarrollo y las dificultades que se presentaron en el trabajo psicológico realizado con cada paciente para finalmente dar cuenta de los efectos terapéuticos logrados, demostrando la importancia que tuvo el ofrecer una terapia orientada hacia la subjetividad y no solo la enfermedad.

CASO #1

I. GENERALIDADES DEL CASO

El siguiente caso a exponer trata sobre un paciente atendido dentro de las prácticas pre-profesionales el cual ha sido tomado no solo por su diagnóstico sino a su vez por las dificultades que surgieron durante el proceso terapéutico, exponiendo un malestar muy común en el trabajo con sujetos impedidos físicos.

José es un adulto mayor de 84 años, casado, proveniente de esmeraldas, actualmente reside en la ciudad de Guayaquil en compañía de su hija y familia. En cuanto a su situación laboral, José se acoge a su jubilación luego de varios años de trabajo, siendo su principal ingreso económico. El paciente llega a la terapia psicológica debido a su situación clínica lo cual produce su acercamiento en el marco de la institución hospitalaria.

El año anterior a mediados del mes de noviembre, el paciente sufrió de un infarto a nivel cerebral lo cual le trajo como consecuencia una hemiplejía afectando el hemicuerpo contralateral a la lesión (brazo y pierna derecha). Actualmente se encuentra realizando terapias física y ocupacional, enfocadas en la reintegración del hemicuerpo derecho, fortalecimiento muscular, control de postura axial, entre otras.

Sobre su derivación, la licenciada encargada de la terapia ocupacional del área de rehabilitación en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo sugiere la intervención del practicante de psicología debido a que el paciente presenta un comportamiento un tanto hostil durante las terapias, aludiendo que no le informan dato alguno sobre su enfermedad y no cree ver algún resultado favorable en cuanto a su estado físico.

La problemática vital de José gira en torno a las ideas provenientes de su invalidez. Esto se evidencia al momento que el paciente intenta hablar sobre su estado actual, lo cual lo lleva a un constante llanto, aludiendo a ideas que tienen como común denominador el quedar inválido para toda su vida y un no saber respecto a su enfermedad. Esta situación afecta en

gran medida sus relaciones con los demás pues llegan al punto de tornarse en agresividad y apatía.

Durante el desarrollo de las entrevistas y los datos obtenidos en cuanto a las relaciones familiares, se logra conocer que la familia nuclear del paciente está conformada por su esposa y 4 hijos. En la actualidad el paciente menciona que ya no reside con su pareja pues da a entender que *“lo han botado de su casa”*.

Debido a las necesidades y cuidados que requiere José, se ha trasladado a casa de su hija en Guayaquil en el sector de Batallón del suburbio. Allí convive con el esposo de su hija y un nieto. La hija menciona que la relación con su padre se ha tornado conflictiva debido a que el paciente constantemente se torna agresivo con los miembros del hogar, renegando que no puede hacer nada y que nunca las hará. El esposo de su hija cumple con llevarlo a las terapias rehabilitadoras que debe cumplir y comenta han tratado de conseguirle un oficio dentro del hogar para de esta forma no se sienta enfermo.

Lo que respecta a su separación del hogar en Esmeraldas, menciona de manera confusa que se debe a un nuevo compromiso que tiene con otra pareja. Se intentó recabar más información del tema pero el paciente mostró gran resistencia a hablar de ello, más allá de lo que ya ha mencionado. Por parte de la hija se pudo saber que la relación familiar con sus parientes en Esmeraldas es bastante conflictiva lo cual llevó a su padre a separarse por completo de ellos pues sentía *“se estaban aprovechando”*.

Dado los compromisos laborales que deben atender tanto su hija como su esposo, el paciente debe mantenerse en el hogar en compañía de su nieto, quien posee una discapacidad mental. Respecto a esos momentos dice no sentirse a gusto y nombra a su nieto como “el mudo” debido a sus problemas en cuanto a pronunciación de palabras y elaboración de frases. Dicha situación genera malestar en él pues le produce sentimientos de soledad ya que no cuenta con alguien dentro del hogar con quien pueda entablar una conversación.

Por otra parte al abordar los temas que rodean a su cuadro clínico, el paciente menciona que fue a mediados del mes de noviembre el momento en el que sufre un infarto cerebral, el cual inmediatamente le produjo su hemiplejia y algunos problemas en cuanto al habla y deglución de alimentos pero que al cabo de unas semanas desaparecieron gracias a las terapias de lenguaje.

Dentro de los temas que manifiesta constantemente, menciona a manera de queja que nadie le ha brindado la información concerniente a su enfermedad y que esto lo hace sentirse como una “cosa” que llevan de un lado a otro para realizar sus terapias.

Es importante mencionar que el personal del área encargado de su rehabilitación informa que efectivamente se le ha mencionado al paciente los datos sobre lo que concierne a su hemiplejia, pero debido a su edad le resulta difícil retener dicha información olvidando todo lo que se le ha mencionado, llevándolo nuevamente sobre la misma queja.

Actualmente se puede evidenciar un avance físico, pues su hemiplejia ha pasado a ser una hemiparesia, logrando recuperar gran parte de su movilidad en el brazo. Aún presenta algunos inconvenientes en su pierna, no logra moverla del todo y esto es lo que más preocupación le ha traído.

II. DESARROLLO Y DIFICULTADES EN EL PROCESO

Durante la primera entrevista el paciente asiste acompañado de una de sus hijas, la única que reside en Guayaquil. Llega a la entrevista un tanto agitado dado que recién habría culminado su terapia física; su estado de ánimo sin embargo reflejaba bastante enojo, pues se oponía a cumplir las terapias a las que estaba siendo obligado a asistir.

Físicamente lucía descuidado, presentaba expresiones y rasgos faciales propios a su edad, de cabello blanco, vistiendo de camiseta, pantaloneta y zapatos deportivos un tanto deteriorados. Era trasladado en silla de ruedas, adoptaba una postura de brazos cruzados y mirada esquiva en señal de su negativa a ser derivado a la terapia psicológica.

En esta entrevista se realizó la recolección de datos respecto a la historia clínica y familiar del paciente, partiendo del motivo de derivación y lo que conoce el paciente respecto a su enfermedad. En el transcurso de la misma la mayor parte de los datos provenían de lo que la hija pudo informar respecto al caso, evidenciando la negativa del paciente a participar de la entrevista.

En las siguientes sesiones el paciente se rehusaba a hablar respecto a su situación, pero en el transcurso del trabajo psicológico el paciente empieza a involucrarse y a participar del tratamiento. Este cambio se pudo dar durante la primera entrevista; dentro de lo poco que pudo enunciar en cuanto a su derivación, se notaba su malestar ante una serie de terapias a las que era llevado y sin recibir una explicación clara sobre su caso clínico.

Tomando este elemento en cuenta, permitió que luego de brindar una explicación en cuanto a su diagnóstico y el propósito que cumplen las terapias a las que asiste, el paciente comprendiera la necesidad de ser un participante activo dentro de las terapias. Es así que logra poner algo de su malestar en palabras a manera de queja, inicialmente sobre la institución y luego sobre la incidencia del estado hemipléjico en su cotidianidad.

Dentro de lo que enuncia se puede dar cuenta de algo que en su vida no marcha más, se interroga al paciente por aquello y dice: *“es que ahora que no puedo caminar lo he perdido todo, las cosas que me mantenían ocupado no las tengo más, todo me prohíben y me retan pero no me dicen por qué. Ahora ya ni al baño puedo ir solo y no se por cuánto tiempo más vaya a ser lo mismo. Seguramente no podré caminar y si es así no quiero vivir”*.

Aquí se pudo dar cuenta del carácter mortificante que conlleva su adaptación, orientándose en ideas de muerte y desprecio por sí mismo. Es evidente que la falta de información es un elemento clave que determina su forma de asumir su discapacidad.

A propósito de esto la Dra. Nora Guerrero de Medina (2005) hace mención y explica que pese a que el objetivo último de la rehabilitación es restituir en el sujeto las capacidades y funciones físicas que se han visto alteradas, es necesario “favorecer el desarrollo de nuevas aptitudes vocacionales”. Es bajo esta perspectiva que la terapia psicológica, además de atender el malestar subjetivo, ve necesario el brindar una orientación en cuanto a alternativas que respondan a las dificultades físicas y ocupacionales; alternativas tales como asistir a centros de capacitación profesional ofrecidos por el gobierno (SECAP).

De esta manera, en el desarrollo de las entrevistas, el paciente logra manifestar sus dificultades para adaptarse a un estilo de vida en el cual: ya no trabaja, no es capaz de ayudar en el hogar y ha perdido independencia en sus cuidados básicos.

III. EFECTOS TERAPÉUTICOS

Finalmente dentro de los efectos terapéuticos que se pudieron evidenciar en el paciente luego de cumplir con la terapia psicológica resalta el cambio en cuanto a su negativa de asistir a terapias físicas. Luego de recibir una explicación en cuanto a lo que significa su estado físico y lo que se logra por medio de la terapia, ayudó a que se mostrara predispuesto al trabajo terapéutico.

Otro de los beneficios que se pudo constatar fue el cambio en su relación con la hija. Dentro de la terapia psicológica no se atendió únicamente al paciente sino también al familiar con el cual asiste, lo que permitió que se esclarecieran algunos aspectos de la hemiplejia tanto para el paciente como para su hija. De esta forma se le hizo algunos señalamientos para lo que implica el trato con un sujeto discapacitado y se recomendó algunas actividades que podría realizar el paciente en casa para ayudarlo no solo a recuperar su estado físico sino también un cambio en su estado anímico y emocional.

CASO #2

I. GENERALIDADES AL CASO

El siguiente caso a presentar es tomado debido a distintos factores como el número de entrevistas que se pudo manejar con el paciente, la singularidad de su diagnóstico y siendo el primer caso a recibir al inicio de las prácticas clínicas, las dificultades que implicó el trabajo con las afasias, marcando una metodología de trabajo distinta y dificultades provenientes no solo del paciente sino también de aquellos que conformamos el equipo multidisciplinario.

José Avilés de 32 años, es un electricista trabajador de la empresa Andec. El año 2013 a finales de diciembre, debido a continuas molestias como fiebre alta, desorientación y malestar corporal, José decide ingresar al hospital luego de haber pasado por otras instituciones médicas en las cuales no lograron dar cuenta de su enfermedad. Al ingresar al área de emergencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo y pasar por una serie de evaluaciones, dentro de los resultados arrojados por los exámenes médicos, el paciente recibe el diagnóstico de toxoplasmosis y VIH (13/enero/2014).

El cuadro de toxoplasmosis se caracteriza por ser una enfermedad de tipo infecciosa, transmitida comúnmente por animales, frutas o vegetales mal lavados o alimentos contaminados y puede causar infecciones leves y asintomáticas, así como infecciones mortales. Puede presentarse con gravedad cuando afecta a recién nacidos, ancianos y personas vulnerables por su condición de déficit de inmunidad.

Adicionalmente en el mes de abril, sufre de un accidente cerebrovascular siendo este el diagnóstico por el cual asiste al servicio. Producto de su ACV determina la aparición de una hemiparesia en el hemicuerpo derecho acompañada de una afasia motora, anulando la expresión oral en cuanto a la articulación de frases, movimiento maxilar y correcta pronunciación de las palabras.

Actualmente el paciente se encuentra realizando terapias física, ocupacional y de lenguaje, enfocadas en la reintegración del hemicuerpo derecho, fortalecimiento muscular, control de postura axial, articulación del palabras, comprensión, entre otras.

Sobre su derivación, la licenciada a cargo de la terapia de lenguaje del área de rehabilitación física en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo, sugiere la intervención del practicante de psicología debido a que el paciente se muestra deprimido y preocupado por su situación laboral y familiar en relación a su enfermedad, lo cual interfiere de manera directa con el desarrollo de las terapias a las que acude.

La problemática vital del paciente parece girar en torno a altos niveles de angustia producto del desconocimiento de su enfermedad, puesto que de manera directa dice no haber recibido ningún tipo de información mas allá de aquella que logra evidenciar por sí mismo. Así mismo su angustia proviene de ideas relacionadas a su hija, ideas en torno al cómo podrá responder él hacia ella en distintos ámbitos (económico y parental) bajo la sombra de su insuficiencia motora que es lo que logra captar como eje principal de su enfermedad.

En cuanto a la familia nuclear del paciente, ésta consta de su pareja y una hija producto de dicho compromiso en unión libre. Actualmente el paciente ya no reside con ellas debido a su enfermedad que lo ha llevado a trasladarse a la casa de la “madre” por motivos de cercanía al hospital. Su mujer y su “madre” son quienes manejan la información en cuanto al diagnóstico de su enfermedad mientras que a la hija se le ha tratado de ocultar la misma para que esto no la afecte.

Luego de algunas entrevistas un dato que se pudo obtener y que se considera de importancia mencionar, es que aquella persona que se presenta como la “madre” del paciente es en realidad su hermana biológica, la cual explica que dicha situación se ha planteado de esta manera debido a inconvenientes de tipo personal con el padre biológico del paciente quien no ha querido acogerlo en el ámbito legal.

Dicho inconveniente provoca que la hermana biológica lo acoja como un hijo parte de su familia nuclear. Respecto a esta información, la “madre” menciona que el paciente desconoce de esta situación pues ella no se lo ha informado por “*miedo a como pueda tomarlo*”.

II. DESARROLLO Y DIFICULTADES EN EL PROCESO

En la entrevista de derivación, el paciente asiste acompañado de quien dice ser su madre y ésta menciona que es con ella con quien actualmente reside. El paciente llega a la entrevista en silla de ruedas, con el cuerpo recostado hacia el lado derecho de la silla debido a su hemiparesia, evita hacer contacto visual dirigiendo su mirada hacia el piso durante toda la entrevista y muestra cierto enojo por haber sido remitido a la terapia psicológica.

Durante la primera entrevista se realizó la recolección de datos en cuanto a la historia clínica y familiar del paciente. En ésta entrevista, la “madre” fue quien mencionó todos datos en cuanto a la enfermedad debido a la condición de afasia en el paciente. Sin embargo el paciente mostró comprender todo lo que era mencionado y en ocasiones afirmaba o negaba lo que su “madre” decía.

Según menciona la “madre”; y la terapeuta de lenguaje que lo trata, el paciente al cabo de algunas terapias ha presentado gran mejora, permitiendo que ya pueda hacer uso de algunas palabras para expresarse, sin embargo parece ser que ha decidido no hacer uso de estas por motivo desconocido. Dada la situación conflictiva en cuanto a la expresión oral por parte del uso de éste mutismo selectivo hace necesario el uso de otros instrumentos y técnicas para poder entablar una comunicación con el paciente.

Es así que en un primer momento se intentó hacer uso de la escritura y dibujos como medio alternativo de comunicación, pero debido a su estado de hemiparesia le resultaba un impedimento usar la mano con la que usualmente escribía. Se intentó hacer uso de un alfabeto con todas las

letras del abecedario y números, cuyo propósito se centra en que dada la discapacidad física, se aprovecharán aquellas capacidades, funciones y miembros corporales que no se encuentren alterados. De esta manera se le pidió al paciente que haga uso del abecedario señalando las letras que necesitara para formar ya sea palabras o frases.

En un principio pese a que se presentaron algunas dificultades, el paciente logra armar algunas palabras lo cual hace necesario que se profundice más en el uso de esta herramienta en otras entrevistas. Ya con el uso de esta herramienta se inicia por cuestionar al paciente por lo que sabe sobre su derivación. José inmediatamente forma la palabra “no”, se le explica el motivo por el cual asiste a la terapia y la importancia del proceso terapéutico por el cual atraviesa.

Luego de algunos minutos forma la palabra “*trabajar*” dando a entender que le preocupa su situación laboral pese a que se le ha concedido un permiso médico. Esto retribuye a su vez en el tema económico pues era el único sustento en el hogar y más aún para su hija.

Transcurridas algunas sesiones, el paciente logra dominar con mayor facilidad el uso del alfabeto para formar no solo palabras sino también frases simples y cortas que son capaces de expresar claramente lo que el paciente desea hablar. Así José expresa en frases como “*extraño mi hija*”, “*no estoy bien*”, “*no sé lo que tengo*”, un malestar en su readaptación a su situación, especialmente en la cotidianidad.

Bajo éste método se pudo abordar algunos temas en relación a la incidencia del déficit en la vida del paciente. A esto el paciente dice no conocer más allá de lo que puede evidenciar él mismo en su cuerpo. Dada la gravedad que implica el diagnóstico que presenta el paciente, hace necesario corroborar si efectivamente no se le había comentado su diagnóstico por parte de los médicos o la familia, y que tanto conocía de lo que podía darse cuenta que ocurría.

Luego de confirmar que la familia no ha comentado su diagnóstico se recomendó que se consiga una entrevista con su médico a cargo para

que logre comunicarle su situación. Bajo este condicionamiento; el de no abordar el diagnóstico de VIH, los temas abordados giran en torno a las dificultades familiares y laborales que han causado mayor conmoción.

Durante las últimas sesiones el paciente da a entender que encuentra bastantes obstáculos al momentos de adaptarse a su nuevo estilo de vida, muestra gran dificultad para aceptarlo. En respuesta a esto la terapia se orientó en ofrecer al paciente nuevas posibilidades en cuanto al área laboral para que logre reinsertarse nuevamente a sus actividades, se le propuso que asista a cursos de capacitación que ofrece el S.E.C.A.P. lo cual logró cambiar su estado anímico dentro de las terapias, mostrándose más predispuesto a continuar con su recuperación ante una gama de posibilidades.

III. EFECTOS TERAPEUTICOS

Es pertinente mencionar que los avances que José consiguió en cuanto a su hemiparesia se dieron a gran velocidad lo cual le permitió culminar su proceso de recuperación prontamente. En cuanto a lo que concierne al trabajo psicológico, el principal efecto se evidencia en el implemento de un alfabeto para dar al paciente la posibilidad de poner en el conjunto de letras armadas algo de ese malestar que vía la enunciación no logra.

La expresión por esta vía permitió no solo que el paciente de cuenta de su malestar sino a su vez de preguntar por aquello que desconocía lo cual también generaba gran malestar ante un pacto de silencio en el cual la familia y el paciente evitaban lidiar con la situación afectante. Conjuntamente, el desarrollo de las otras terapias a las que asistía el paciente se valieron del mismo sistema para lograr entender al paciente en sus preocupaciones respecto a las terapias.

CASO #3

I. GENERALIDADES DEL CASO

Éste último caso a abordar es seleccionado como parte del trabajo realizado con los pacientes afásicos para brindar una percepción más amplia a saber sobre las afasias y las dificultades que éstas implican en el trabajo de rehabilitación integral del paciente. A su vez explicará la importancia del uso de distintas técnicas, proponiendo, no el uso de un método estático, sino de un proceso individualizado, no estático, en el cual sus objetivos y técnicas irán variando según las circunstancias y condiciones del caso.

Flor es una paciente de 52 años de edad, casada y residente en la ciudad de Guayaquil. Aproximadamente en el mes de Septiembre del año pasado, la paciente sufrió de un infarto cerebral lo cual la llevó a un estado de coma por cerca de un mes. Luego de su hospitalización deviene su hemiplejía en el hemicuerpo derecho, afectando en mayor parte su brazo y levemente su pierna. Adicionalmente presenta afasia, pese a que logra entender parte de lo que se le menciona, no logra expresarse de forma correcta pues recurre a la repetición de palabras.

Actualmente se encuentra realizando terapia física, ocupacional y de lenguaje, enfocadas en la reintegración del hemicuerpo derecho, mantener rasgos articulares, reeducación de la marcha, articulación de palabras, comprensión y técnica deglutoria, entre otras.

Acerca de su derivación a la terapia psicológica, la licenciada encargada de terapia del lenguaje del servicio de rehabilitación en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo, sugiere la intervención del practicante de psicología debido a que la paciente muestra un decaimiento en las últimas semanas que ha asistido a terapia y cree puede estar relacionado a su dificultad en la expresión oral.

En cuanto al contexto familiar la paciente menciona que reside con su esposo, hijo y padres. Dentro de la primera entrevista la recolección de datos se realizó con el esposo de la paciente quien cuenta que mantienen

una buena relación pese a las adversidades que trae su estado de salud actual. En una segunda entrevista se trabajó con el hijo de 25 años de edad, el cual muestra mantener una relación normal con su madre, brindándole apoyo. La relación con los padres de la paciente se desconoce, pero según lo mencionado por el hijo, parece desarrollarse con normalidad.

Un dato importante a mencionar que se ha captado en las entrevistas es que pese a que la familia muestra gran disposición al trabajo que debe realizarse con la paciente y a las dificultades que su estado trae, es notable que en su intento de ser “todo apoyo” para la paciente, no se ofrece un lugar a su palabra y menos aún a su queja.

Debido a la dificultad que presenta la paciente en su expresión oral, se desconocen los datos respecto a lo que ella sabe de su enfermedad y sus elaboraciones respecto a la misma. Se conoce de parte de la familia que desde el surgimiento de la hemiplejía, la paciente se ha empeñado en realizar todas sus terapias a fin de recuperarse y los únicos conflictos se han dado en el hogar. Ha sufrido de algunos episodios depresivos que la han llevado al llanto, ideas de suicidio y en una ocasión a escapar del hogar.

II. DESARROLLO Y DIFICULTADES EN EL PROCESO

Flor asiste a la primera entrevista en compañía de su esposo e hijo; vestía de camisa y jeans. Pese a su hemiplejía era capaz de caminar por su cuenta, demostrando que el mayor grado de alteración se localizaba en su brazo derecho, el cual no podía mover. Al ingresar a la oficina, Flor intenta brindar un saludo pero lo hace repitiendo la palabra “si si”.

Debido a su condición de afasia, en el primer intento de habla la paciente repite constantemente las palabras: “*no sé que más, flor, padrino, margarita, no te vayas, si, no*”; entre otras. Es así que la recolección de datos debe hacerse a partir de lo que la familia logra comentar respecto a la paciente.

Durante esta entrevista se abordó temas en relación a la temática familiar y laboral de la paciente. Luego de contextualizar el marco en el que se desarrolla la paciente y su enfermedad, se intenta entrevistar a la paciente haciendo uso de un lenguaje simple y pausado para lograr mayor comprensión de parte de ella. Debido a que no podía formular frases sin recurrir a la repetición de las palabras ya mencionadas, fue necesario valerse de preguntas objetivas de sí y no para lograr establecer una forma de comunicación.

Ya en una segunda entrevista se intenta hacer uso del alfabeto para darle a la paciente la facilidad de formar palabras señalando las letras que desea usar pero debido a que muestra gran dificultad para reconocer las letras, se le hace imposible formar palabras. Esto demuestra que no solo la expresión oral ha sido comprometida sino también la comprensión lectora.

Es así que en un nuevo intento por lograr que la paciente exprese aquello que no logra por medio de la palabra hablada, se hace uso de la escritura. De entre todos los métodos usados, la escritura parece brindar la posibilidad de expresar palabras que antes solo se mantenían en ideas para la paciente. Evidentemente no resulta fácil para la paciente pues siendo diestra, se ha visto forzada a usar su otra mano para escribir.

Ya luego de haber practicado la escritura, al cabo de unas semanas la paciente ya es capaz de escribir frases cortas como "*José y Diego familia*" haciendo referencia a su esposo e hijo. Se hace uso de estas frases para abordar los temas que podrían estar causando un malestar a Flor. En otra entrevista menciona a sus padres y por medio de gestos intenta relatar algo que ocurre en su hogar. Debido a que los gestos y las palabras que enuncia la señora no son claros se hace partícipe al hijo dentro de la terapia para intentar descubrir que es lo que ocurre en el hogar y de lo cual Flor hace denuncia.

Aquí se presenta una de las que podría ser la mayor dificultad que se presenta en el trabajo terapéutico. Algo que se pudo notar en las entrevistas realizadas en conjunto con la familia de la paciente es que en

el intento de Flor por relatar algo, inmediatamente surge un “no” ante todo dicho de la paciente en frases como *“No mamá, a usted nadie le exige nada”, “No, usted tiene que ser positiva, no pensar en cosas que le harán daño”, “usted tiene que dejar de pensar en esas cosas y darse cuenta que está bien y saldrá adelante”*.

Estas frases dichas por la familia no solo hacen obstáculo para lo que Flor intenta enunciar sino a su vez no dan paso para elaborar lo que podría ser el malestar de la señora, ante una voz incesante de *“todo está bien”*, evitando dar cuenta de aquello que no marcha. Se puede notar que la poca elaboración en cuanto a la enfermedad no solo proviene de parte de la paciente sino también de su familia.

Dicha situación hace necesario que el trabajo con la familia y la paciente se realice por separado. De esta manera se logra no solo que Flor exprese aquello que la familia no permite sino a su vez darle un lugar y un valor a eso que se dice, aún si es solo por gestos y palabras que no tienen relación con lo dicho. Esta directriz de *“diga lo que tenga que decir como pueda”* potencia el deseo de la paciente por decir aún más.

Es así como se puede determinar que la problemática vital de la paciente gira en torno a las dificultades que le representa el no poder expresar en palabras todo aquello que le resulta angustiante respecto a su invalidez y las relaciones familiares. Dentro de las entrevistas se pudo dar cuenta de algo que constantemente trata de relatar pero que no logra; a manera de hipótesis se puede creer que estaría relacionado a las relaciones que se dan dentro del hogar, en especial con los padres de la paciente. Así mismo el ser constantemente *“mal interpretada”* por parte de la familia en sus intentos de comunicar, ha determinado que su palabra sea suprimida y por lo tanto su deseo no recibe un lugar.

III. EFECTOS TERAPEUTICOS

Dentro de los efectos terapéuticos que se pudieron evidenciar en el transcurso de las entrevistas, se pudo dar cuenta de la importancia que

tiene el haber brindado un espacio de palabra allí donde se creía perdida. No solo logra dar un valor y un lugar a su decir sino también a la paciente. Flor encuentra la posibilidad de que surja un deseo propio sin el constante “no” que se da en el ambiente familiar.

Flor se muestra con mayor predisposición a las terapias físicas, especialmente a la terapia del lenguaje en donde lleva sus avances en cuanto a la escritura y fortalece su proceso de rehabilitación. No solo se contribuye al desarrollo de nuevas aptitudes en las distintas terapias sino que también la ayudan a ser reconocida como un sujeto que tiene algo para decir.

Por otra parte el realizar un trabajo aparte con la familia de la paciente permitió que se esclarezcan las dudas que tenían en cuanto a su enfermedad y especialmente el trato que debían mantener hacia ella durante su tratamiento. Se explicó la importancia de brindar una escucha a estos decires de la paciente para movilizarla no solo en su rehabilitación sino también anímicamente.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de sistematización, a través de un recorrido en cuanto a la teoría y la práctica que compone al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, ha expuesto no solo el contexto terapéutico actual en el desarrollo de la rehabilitación del impedido físico sino a su vez un análisis de dicho proceso a partir de estudios de casos clínicos tomados de las prácticas pre profesionales en el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

Dicho análisis se sostiene en un primer momento del recorrido teórico sobre la Medicina Física y Rehabilitación, su concepto, objetivos, diagnósticos más comunes y los distintos tipos de terapias del que se compone. Este abordaje del contexto terapéutico actual en el desarrollo de la rehabilitación permitió dar cuenta de un ambiente en el que el eje central de la rehabilitación es la recuperación de las funciones y capacidades perdidas tras la instalación de un déficit.

Se trata entonces de una orientación hacia el tratamiento del cuerpo enfermo, dejando de lado el malestar consecuencia de la enfermedad y que repercute en la calidad de vida del paciente. Es el reconocimiento del contexto que rodea la parte médica de los casos lo que luego permitió identificar las dificultades más comunes a presentarse en rehabilitación y conforman la segunda parte del marco teórico de referencia.

En esta segunda parte, su desarrollo se dio a partir de contextualizar la situación de las discapacidades en el Ecuador y su relación con los servicios de salud ofrecidos por el Estado. Es importante mencionar respecto a esto que al pasar de los años, los esfuerzos del Estado han incrementado considerablemente tanto en la implementación de leyes como de planes de acción inclusivos respecto a las discapacidades.

Esto permitió establecer criterios de relación entre las dificultades identificadas y el contexto (social, laboral, médico, familiar) en el cual se encontraba cada sujeto. Se pudo identificar que la mayoría de problemáticas estaban ligadas a una no aceptación de su estado físico

que a su vez se sostenían de ideas incorrectas sobre el proceso de rehabilitación, sus efectos y su duración. Se muestra entonces que el manejo de información es un elemento clave al momento de iniciar un trabajo, sea físico o psicológico, con pacientes discapacitados.

Las dificultades no solo deben ser abordadas como obstáculos al tratamiento terapéutico sino también como pautas a tomar en cuenta sobre las dificultades vividas por los pacientes, dando así una visión clara en cuanto a lo que debe ser la rehabilitación integral de cada caso, abordando no solo la enfermedad y devolviéndole su calidad de vida.

Finalmente tras el reconocimiento de las dificultades y la elaboración de criterios de relación, resultó pertinente tomar tres casos clínicos de las prácticas en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación para evidenciar dichas dificultades y marcar un proceder posible para el psicólogo clínico en formación.

Cada caso fue tomado en función de las dificultades que representaban para el trabajo físico o de lenguaje y que determinó su derivación a la terapia psicológica como último recurso ante una falta de respuestas de parte de los terapeutas. Es así que se elaboró una propuesta de intervención que responde a dichas dificultades desde el trabajo psicológico abordando a cada sujeto desde su contexto y posibilidades, destacando su posición subjetiva.

De este modo, tanto a nivel teórico como práctico se pudo concluir que el trabajo en torno a las discapacidades se compone de un sin número de dificultades y ambientes ante los cuales el psicólogo clínico tendrá que responder, no solo desde su formación sino también en un llamado a la búsqueda de la rehabilitación integral en el caso a caso.

RECOMENDACIONES

A partir de la experiencia obtenida en el desarrollo de las prácticas pre – profesionales en el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, específicamente en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, y el desarrollo de la presente sistematización de prácticas, se puede recomendar:

- A la institución, integrar como parte del equipo multidisciplinario a un psicólogo clínico y trabajador social. Es importante contar con el trabajo en conjunto de distintos profesionales, no solo de la salud. Así mismo cada paciente debería pasar por una entrevista psicológica para determinar, a la opinión del psicólogo, si dichos casos hacen necesario que se lleve un tratamiento psicológico en conjunto con las otras terapias.
- A saber sobre el trabajo psicológico con sujetos discapacitados, es necesario tomar en cuenta elementos como la situación laboral, familiar y clínica del paciente para poder establecer criterios de relación con las dificultades que se presentan en el proceso de rehabilitación.
- Es necesario que no solo se haga uso de las técnicas y métodos ya establecidos sino también implementar nuevas técnicas que se apliquen a las necesidades de cada caso y fomenten un desarrollo del proceso terapéutico, atendiendo los distintos elementos antes mencionados y no solo la parte médica.
- La formación de grupos operativos, tanto para los pacientes como los familiares. Servirse de los grupos operativos no solo ayuda a esclarecer la información que maneja cada paciente de su enfermedad sino también brinda nueva información que desde la postura de otros pacientes en situaciones similares pueden movilizar a un mejor trabajo, tanto en el hogar como en las terapias.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2005). *Libro Blanco: Título de Grado en Terapia Ocupacional*.
- Bobath, B. (1993). *Hemiplejía del adulto: Evaluación y tratamiento*. Ed. Médica Panamericana.
- Braunstein, N. (1975). *Psicología: Ideología y Ciencia*. Mexico DF: Siglo XXI.
- Brizuela, M., Ferriozzi, F., & Serra, S. (2009). *Principios Fonoaudiológicos*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Davies, P. (2003). *Pasos a seguir: Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía*. Ed. Médica Panamericana.
- Díaz, L. (Agosto de 2010). *Textos de apoyo didáctico. Facultad de Psicología UNAM*. Recuperado el 18 de Agosto de 2014, de <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Materiales%20de%20apoyo/Procedimiento%20y%20Proceso%20del%20M+%C2%AEtodo%20Cl+%C2%A1nico%20-%20Lidia%20D+%C2%A1az%20Sanju+%C3%ADn%20-%20TAD%20-%203-%C2%A6%20Sem.pdf>
- Espacio Logopedico. (2001-2014). *Glosario Espacio Logopedico*. Obtenido de Sitio Web de Espacio Logopedico: <http://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=59>
- Ferrari, F. (1973). *Fisiatría*. Montevideo, Uruguay: Librería Delta Editorial.
- González, J. A. (2005). Importancia de las acciones de rehabilitación en la fase aguda de la enfermedad cerebrovascular. *BOLETIN AMLAR*, 7-8.
- González-Hernández, J. (2009). Síndrome de amnesia y afasia. *Memoriza*, 21-27.
- Guerrero, N. (2005). *Las Aplicaciones de la Psicología en la Rehabilitación Integral del Impedido Físico* (Segunda Edición ed.). Guayaquil, Ecuador: Dirección de Publicaciones de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Heredia, S. (16 de Diciembre de 2014). Terapia del lenguaje en los sujetos discapacitados. (T. Zumba, Entrevistador)

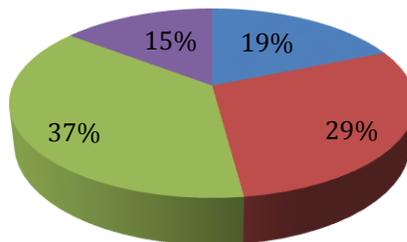
- Hospital Teodoro Maldonado Carbo. (s.f.). *Hospital Teodoro Maldonado Carbo*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2014, de <http://www.htmc.gob.ec/quienessomos.php>
- Ministerio de Relaciones Laborales & CONADIS. (28 de Noviembre de 2013). *Manual de buenas prácticas para la inclusión laboral de personas con discapacidad*. Obtenido de sitio Web Ministerio de Relaciones Laborales: <http://www.relacioneslaborales.gob.ec/wp-content/uploads/2013/12/MANUALFIN.pdf>
- Ministerio de Relaciones Laborales. (28 de Noviembre de 2013). *Por la igualdad e inclusión laboral de personas con discapacidad*. Obtenido de sitio Web de Ministerio de Relaciones Laborales: <http://www.relacioneslaborales.gob.ec/por-la-igualdad-e-inclusion-laboral-de-personas-con-discapacidad/>
- Muñoz, R. (Mayo de 2007). *repository.upb.edu.co*. Recuperado el Junio de 2014, de http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/623/1/digital_18304.pdf
- Naciones Unidas. (3 de Diciembre de 1982). *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. Obtenido de sitio Web de Las Naciones Unidas: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=500>
- Naciones Unidas. (13 de Diciembre de 2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado el 5 de Diciembre de 2014, de sitio Web United Nations Org: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Núñez, H. (2005). Reflexionando en Rehabilitación. *BOLETIN AMLAR*, 3-4.
- O. Fernández-Concepción, M. F.-S.-G.-R. (2001). La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular. *Revista de Neurología*, 725-731.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Ramírez, M., & Gallo, H. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

- Real Academia Española. (3 de Octubre de 2014). *Diccionario de la Real Academia Española*. Obtenido de Real Academia Española: lema.rae.es/drae/?val=rehabilitaci3n
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo & Consejo Nacional de Discapacidades. (3 de Diciembre de 2013). *Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades*. Obtenido de sitio Web de Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf>
- Serra, S. (2009). *Fonoaudiología Asistencial y Educativa*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Serra, S. (2009). *Fonoaudiología: Atención al paciente*. Córdoba: Ed. Brujas.
- Solórzano, A. (7 de Enero de 2015). La terapia física en rehabilitación. (T. Zumba, Entrevistador)
- Vergara, L. (2010). Desarrollo de la Medicina Física y Rehabilitación como especialidad médica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 281-288. Obtenido de Google Académico.

ANEXOS

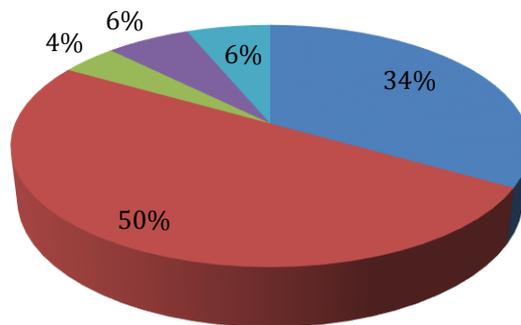
Rango de Edad de Pacientes

■ 15-35 ■ 36-55 ■ 56-75 ■ 76 o más



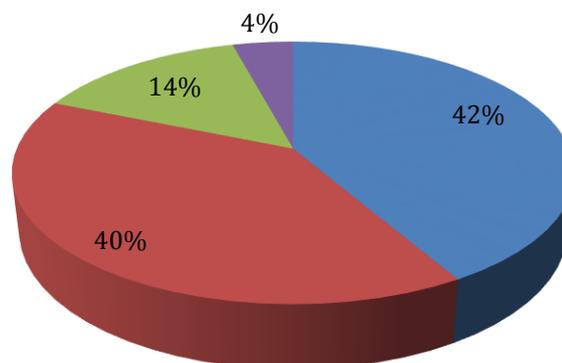
Estado Civil

■ Soltero ■ Casado ■ Viudo ■ Divorciado ■ Unión de Hecho



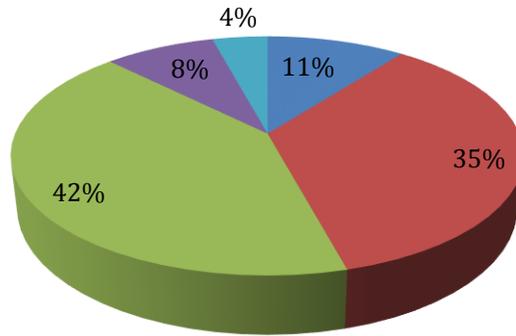
Ocupación

■ Trabaja ■ No Trabaja ■ Jubilado ■ Estudiante



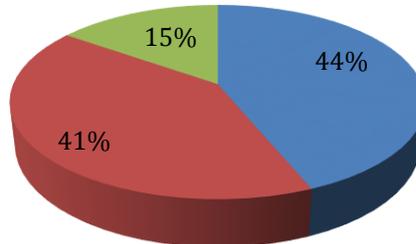
Escolaridad

■ Analfabeto ■ Primaria ■ Secundaria
■ 3er Nivel ■ 4to nivel



Tratamiento Médico

■ Terapia Física ■ Terapia Ocupacional
■ Terapia de Lenguaje



TOTAL DE PACIENTES

■ Hombres ■ Mujeres

