

616.89
0731

UNIVERSIDAD CATÓLICA D
SANTIAGO DE GUAYAQUI

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
Carrera de Psicología Clínica

Trabajo final para la obtención de Título de
Psicóloga Clínica.

**“LA IMPLICACIÓN DEL OTRO
FAMILIAR Y LA FAMILIA EN
LA REHABILITACIÓN
FÍSICA”**

Directora de Prácticas:

Psic. Nora Guerrero de Medina

Estudiante:

María José Ormaza Melendro

26 de enero del 2011

OBJETIVOS

JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

1. ¿Qué es la Rehabilitación Física?

1.1. ¿Qué aspectos comprende la rehabilitación física?

1.2. ¿De qué terapias se habla en rehabilitación física?

1.2.1. Terapia Física

1.2.2. Terapia de Lenguaje

1.2.3. Terapia Ocupacional

1.2.4. Terapia Psicológica

2. El Otro en la Discapacidad

2.1. El Otro de la concepción psicoanalítica

2.2. El Otro como respuesta a la discapacidad

3. El Otro Parental

3.1. La Gracia Familiar

4. La Institución Familiar

4.1. ¿Es la familia un obstáculo o un incentivo para la rehabilitación física?

4.2. La discapacidad como síntoma en la familia

5. Abordaje clínico en el familiar

5.1 Entrevistas Clínicas

5.2 Grupo Operativo

5.3 Conclusiones de Grupo Operativo: "La discapacidad como síntoma en la familia"

CONCLUSIONES

OBJETIVOS

- ⊕ Definir qué aspectos comprende la Rehabilitación Física.
- ⊕ Comprender cómo la injuria en el cuerpo causa un vacío de significaciones, el sujeto logra darle un sentido a través del Gran Otro.
- ⊕ Determinar la función de la institución familiar al momento de reestructuración del sujeto durante la rehabilitación física.
- ⊕ Determinar las formas de trabajo psicológico con los familiares de pacientes con discapacidad.

JUSTIFICACIÓN

A partir del trabajo con diferentes pacientes del área de Medicina Física y Rehabilitación Física pude distinguir las diferencias que había entre los pacientes que contaban con el apoyo incondicional de sus familiares y los pacientes que al no tener un soporte familiar durante la rehabilitación física, era el mismo desvalido físico quien se afrontaba esta etapa de su vida solo, por lo que en ellos aquella "lucha por rehabilitarse" se volvía algo interminable entre las entradas y salidas al área, las consultas con médicos aplazadas por no poder asistir solo pues la misma lesión los limitaba en muchas ocasiones a movilizarse por sí mismos.

Es por lo planteado que empecé a trabajar con familiares de los pacientes que manifestaban mayor malestar mientras acompañaban a su paciente a las diferentes terapias, además de familiares que se mostraban muy desinteresados en la rehabilitación y eran derivados por las terapistas físicas.

En los familiares podía escuchar una queja en relación a su allegado con discapacidad pues no cooperaban, tenían cambios de conducta incomprensibles para ellos y finalmente se encontraban confrontados en sus necesidades personales y la atención a las necesidades de su familiar. Al prestar un espacio de escucha a estos familiares, había algo que siempre se repetía y era el malestar de ellos giraba en torno al síntoma del otro familiar.

Es por esto que al invitarlos a trabajar en entrevistas clínicas, en muchos de los casos lograban enunciar algo más propio de su malestar lo que daba apertura a un trabajo psicológico con el familiar que ahora pasaba a ser un sujeto con su propia problemática y que podía responder mejor ante la demanda que le hacía su familiar discapacitado.

INTRODUCCIÓN

Durante mi trabajo en el año de prácticas clínicas en el Área Medicina Física y Rehabilitación pude dar cuenta de la importancia de la rehabilitación física en las personas con discapacidad adquirida pues se trata de un proceso de recuperación y de reinserción en la vida familiar, social y laboral de dicho paciente.

Si bien es cierto que en el trabajo de esta área el paciente será el impedido físico, el familiar tendrá la función de coexistente pues será más que un acompañante, será quien aprenda a corregir al paciente cuando no realiza adecuadamente los ejercicios en casa, quien se encargue de realizar las adecuaciones dentro del hogar y de ayudar al paciente en esta etapa de readaptación, a la vez es un sujeto que atraviesa cambios en su vida.

Para lograr cambios positivos en la vida del inválido y de sus parientes he percibido la necesidad de poder ofrecer a los familiares un espacio de escucha, un espacio donde solo pueda hablar de sí y de su malestar, que siempre se vinculará con la discapacidad de su familiar.

A diferencia del paciente rehabilitado, el familiar no podrá valerse de la discapacidad del otro para buscar una salida a su malestar, es decir no podrá subjetivar la enfermedad de su allegado, esa será la dirección de la cura hacia el desvalido físico.

En el familiar propongo el trabajo personalizado para que este sujeto que atraviesa una crisis pueda saber más de sí mismo y entender que es lo que lo ha llevado a una situación de dependencia o de resistencia hacia el minusválido, y en el mejor de los casos encontrar una salida positiva para servir de apoyo para la rehabilitación del inválido; un trabajo grupal puede ser una

oportunidad de aprendizaje sobre qué se vive y cómo se puede vivir de mejor manera con una persona con capacidades diferentes a través del testimonio de otras personas, es decir se trata de un aprendizaje grupal en el que los participantes crearán un vínculo afectivo para aprender a resolver los problemas externos que cada uno atraviesa, en este caso la discapacidad de sus familiar; en fin el paciente necesitará encontrarse bien en su vida psíquica para poder responder ante el desafío de la rehabilitación.

Cuando se logra trabajar con el familiar de un paciente del área, la rehabilitación se vuelve un trabajo integral entre los médicos, terapistas, psicólogos, familiares y paciente, pero quien tendrá una función fundamental en la recuperación del individuo será el familiar. Bajo el amparo de la familia el sujeto logrará encontrar las respuestas para superar esa etapa difícil de su vida.

Estas respuestas podrán venir siempre de Otro Primordial, Otro Parental, Otro Social, Otro Dios, etc. lo que se deberá tomar en consideración es que será en relación a la posición del sujeto ante el Gran Otro que el paciente podrá reformular su deseo, pues el deseo será siempre deseo del Otro.

A manera de conclusión cuando un sujeto atraviesa algún tipo de enfermedad degenerativa neuronal, accidentes cerebro- vasculares, lesiones a nivel de médula o amputaciones de miembros del cuerpo, se refugiará en un Gran Otro (Dios o la Familia), pero será la familia que también intervendrá en la recuperación de un paciente por lo que se hace indispensable el trabajo con los mismos para el éxito de la recuperación.

CAPÍTULO 1

¿Qué es la Rehabilitación Física?

La rehabilitación física es un proceso complejo que comprende el aporte de varias disciplinas de la medicina (los fisiatras, neurólogos, neurocirujanos, traumatólogos, etc.) y diferentes tipos de asistencia médica (terapistas físicos, terapeutas de lenguaje, trabajadores sociales, psicólogos clínicos) con el fin de crear un plan de desarrollo de las capacidades residuales del impedido físico para así lograr una reinserción del sujeto en su vida familiar, social y laboral mediante el desarrollo de sus capacidades positivas que le permitirán al paciente y sus familiares conocer las posibilidades para mantener una excelente calidad de vida pese a la dificultad física.

1.1 ¿Qué aspectos comprende la rehabilitación física?

La rehabilitación física comprende tres aspectos: La disfuncionabilidad orgánica, la discapacidad como síntoma del paciente y la inserción de la discapacidad en el ámbito socioeconómico.

En primer lugar la rehabilitación física que empezará por el diagnóstico de cada médico para conocer el tipo de terapia que amerita el paciente para recuperar parcialmente la función de ciertas áreas de su cuerpo como es en el caso de pacientes con lesiones o enfermedades neurológicas y medulares, o para desarrollar nuevas capacidades físicas a pesar de sufrir alguna lesión musculoesquelética o amputación de algún miembro del cuerpo. Posteriormente el aporte crítico de cada terapeuta físico, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional que respaldará el análisis médico y las necesidades del paciente puesto que el cuerpo humano podrá responder de igual forma según la injuria sufrida físicamente.

A diferencia del cuerpo orgánico, será la vida psíquica de ese sujeto la que no se repetirá en ningún otro sujeto por lo cual es el aporte del psicólogo clínico que servirá como soporte de todo lo que el paciente siente y piensa sobre esa nueva etapa de su vida que atraviesa: sus temores y sus expectativas en relación a la rehabilitación física, las dificultades para aceptar la discapacidad, los conflictos a nivel social, laboral y familiar.

Complementario a estos dos aspectos: lo orgánico y lo psicosocial, existe un tercer ámbito que se encargará de la ubicación laboral del paciente basado en las correspondientes valoraciones sobre las aptitudes e intereses laborales o educativas del paciente. Actualmente la ley respalda y a todas las personas que poseen algún tipo de discapacidad y es su derecho poder participar en cualquier tipo de actividad que se realice en la comunidad, así como también es el deber de toda institución pública o privada otorgar plazas de trabajo a aquellas personas con la finalidad de que puedan llevar una vida digna y respetable abarcando sus necesidades básicas.

1.2 ¿De qué terapias se habla en rehabilitación física?

En la rehabilitación física se comprende diversas terapias según el tipo y magnitud de la lesión. Cada una de las terapias tendrá como objetivo primordial recuperar las funciones del cuerpo de forma individualizada pero trabajando de forma integral en el programa de recuperación creado por el fisiatra. Dependiendo del avance físico que realice el desvalido y se llegue a evidenciar en las consultas periódicas con el médico, las terapias pueden ir disminuyendo hasta que se otorgue el alta o si en su defecto se muestra un estancamiento, se hace una revaloración a toda la rehabilitación para conocer qué es lo que está impidiendo que se recupere la persona.

1.2.1 Terapia Física

La terapia física es un plan de ejercicios diseñado para recuperar la flexibilidad, resistencia o el desarrollo de su fuerza según el tipo de paciente y su lesión, que empezará siempre con ejercicios leves y de corta duración que posteriormente aumentará su intensidad y repetición como también los tipos de ejercicios según sea el progreso físico del paciente.

Existen dos tipos de tratamientos: los tratamientos pasivos que se realizarán por medio de máquinas especializadas en estimulación eléctrica y estimulación por ultrasonido, las terapias de aplicación calor y frío, o de manipulación ortopédica; mientras el tratamiento activo consiste en series de ejercicios físicos sobre el suelo, con instrumentos especializados como pesas, e hidroterapia.

1.2.2 Terapia de Lenguaje

En los pacientes que han sufrido lesiones cerebro-vasculares o traumatismos cráneo-encefálicos se puede presentar trastornos del lenguaje como las afasias o dificultades para articular las palabras. La terapia de lenguaje servirá para corregir aquellas dificultades para pronunciar sílabas o fluidez al hablar, también se puede trabajar con pacientes afásicos para ayudarlos a recuperar la posibilidad de comunicarse, aunque según el daño de la lesión el tiempo de recuperación podrá darse hasta después de dos años.

1.2.3 Terapia Ocupacional

La terapia ocupacional es la encargada de evaluar las capacidades del paciente para determinar qué actividades de la vida cotidiana se le dificultan al paciente.

- El paciente no será el único que se acerque a la terapia, en muchos casos los familiares se acercan con inquietudes o preocupaciones por el estado físico de su pariente. En esos casos se puede brindar una explicación sobre el trabajo a realizar en la terapia física. En muchos de estos casos, así como en los que los familiares son derivados por los terapeutas por las dificultades que aparecen en la rehabilitación, el familiar será considerado paciente psicológico cuando evoque su malestar y el psicólogo pueda captar que no está hablando solo de la rehabilitación física, sino que, hay algo de sí mismo, que se está poniendo en juego durante esta etapa de su vida y el familiar no sabe cómo responder ante esto, por lo que se puede manifestar como la sobreprotección hacia el paciente o el desamparo del mismo.

El propósito del terapeuta ocupacional será facilitar al inválido la adquisición de destrezas que le permitan valerse por sí mismo, como por ejemplo: recreaciones de problemas domésticos, manejos de sillas de ruedas y movimientos de traslados en pacientes parapléjicos; desarrolla fortalezas y flexibilidad en personas con movilidad reducida; evaluación y asistencia a pacientes con prótesis; etc. Las actividades que se abarcan en general serán: las de cuidados básicos que incluyen higiene, alimentación, vestido, movilidad funcional como subir y bajar escaleras y utilización de medios de transportes.

1.2.4 Terapia Psicológica

Al trabajar en el área de rehabilitación física, los pacientes que frecuentarán la consulta psicológica podrán ser de dos tipos:

- Los pacientes que han vivido una lesión en su cuerpo y por lo cual pueden experimentar la discapacidad como un trauma o como una situación angustiante al tener que enfrentar un cambio de estilo de vida. Estos pacientes presentan un cambio a nivel físico, su cuerpo ha sufrido una injuria y como consecuencia quedan secuelas orgánicas que dejan como saldo un cuerpo impedido.

Para lograr que el paciente salga de este estado de angustia el trabajo en las entrevistas clínicas será de identificar el tipo de paciente que se está atendiendo en la consulta, conocer su historial clínico para comprender cuál es el alcance de la lesión orgánica para finalmente orientar la cura hacia la implicación del paciente en su discapacidad, que pueda ser capaz de saber hacer con su imposibilidad, es decir ante este imposible vivido en el cuerpo el paciente pueda elaborar una respuesta: El síntoma, su discapacidad como síntoma.

CAPÍTULO 2

El Otro en la Discapacidad

Sobre el rol de familia en la recuperación de un paciente que sufre algún tipo de invalidez, la familia no solo será el acompañante del discapacitado, esta familia podrá funcionar a la vez como un Gran Otro, en este caso, el Otro Familiar. Desde este lugar el individuo será acogido y nombrado, será desde el significante que lo represente, abriendo las posibilidades de constituir un sujeto que vive su falta física como forma de lazo social. Para entender de que se trata el Otro Familiar, a continuación se explicará la definición del Gran Otro desde la concepción analítica.

2.1 El Otro de la concepción psicoanalítica

El Gran Otro es un término que utilizó Lacan para poder determinar el lugar simbólico que determina a un sujeto pues en el campo de la palabra se ubica el Otro. Al hablar del Otro se refiere a un Gran Otro sin rostro puesto que este lugar lo puede ocupar cualquier cosa que ocupe el lugar de ordenador para el sujeto, es decir el Otro puede ser el Otro Lenguaje, el Otro Dios, el Otro Familiar, etc.

Para que un sujeto logre constituirse como tal es necesario pasar por el registro de lo simbólico, el que introduce la falta por medio de la ley, que opera a través del Nombre del Padre, que se da en el Edipo como segundo momento, el de la separación, ante la alienación imaginaria del niño con su madre.

Como Lacan explicó en su seminario "De un Otro al otro", el sujeto es un significante para otro significante, los significantes serán dados desde el Otro del lenguaje.

Estos significantes se inscriben en el sujeto incluso desde antes del nacimiento de este mismo, dependerá como el Otro Familiar lo nombre, lo signifique.

En "La dirección de la cura" Lacan amplía la definición del Otro como "un lugar de despliegue de la palabra" donde el sujeto se preguntará por el deseo del Otro, ¿Qué me quiere el Otro? Será en relación a esta interrogante que el sujeto podrá responderla con su deseo, que a la vez será deseo del Otro.

Finalmente para concluir podemos decir que el Otro no es algo ajeno al sujeto, en realidad será lo que lo constituye fundamentalmente, lo que lo ordenará su vida psíquica.

2.2 El Otro como respuesta a la discapacidad

"Ante una crisis accidental como sería la invalidez el sujeto sufre en forma inmediata una ruptura o alteración de esa imagen de sí mismo, lo que remite a un desajuste de toda su estructura yoica con la siguiente dificultad de reorganizar su mundo externo-interno"¹

Ante el irrupción de un real en el cuerpo, una lesión física que deja como resultado un cuerpo disfuncional, el equilibrio del sujeto pierde el sentido y se genera la angustia. Para evadir la angustia el sujeto tratará de responder ante ella con un síntoma que servirá para dar cuenta de que hay algo que no marcha bien y que está produciendo malestar. Por el malestar percibido el sujeto empezará una búsqueda desenfadada para comprender por qué ha sucedido lo que le ha sucedido, cuál fue el origen de todo, cómo terminará todo lo que está viviendo.

❖ ¹Guerrero Nora, "Las Aplicaciones de la Psicología en la Rehabilitación Integral del Impedido Físico", 2005, Editorial Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

Hay una interrogante presente en el sujeto, dentro de su saber hay un agujero vacío de significaciones.

En este punto es donde aparece el Gran Otro como el garante de un saber sobre que le sucede o con la posibilidad de engarzarlo dentro de su deseo para que este se vuelva deseo del sujeto; es decir el Gran Otro (Dios, Familiar, Primordial, etc.) permitirán al sujeto llenar de significaciones, según sea el discurso del Otro, y dar un sentido a lo que está viviendo en aquel momento, por ejemplo, algunos pacientes optan por una inclinación hacia Dios comprendiendo su enfermedad o discapacidad como un castigo divino por haber hecho algo mal u otros lo relacionan con una segunda oportunidad de vivir y aprovechar a su familia. En fin, sea cual sea su modo de respuesta siempre será en relación al Gran Otro.

CAPÍTULO 3

El Otro Parental

Al mencionar "El Otro Parental" me referiré a ese Gran Otro que representa la familia. El Otro Familiar será la representación simbólica de lo que la familia significa para el sujeto. Puede ser posible que ese Otro Familiar solo sea personificado por una persona, en el caso de los pacientes del área de rehabilitación, puede ser la persona que acompaña al desvalido a sus terapias pues es él quien lo acompaña en esa etapa difícil, es quien le indica cómo debe de realizar los ejercicios en casa, es quien lo resguarda en aquel momento donde se siente indefenso por no poder contar con su cuerpo normal, es ese Otro quien finalmente lo acogerá cuando el inválido teme no volver a tener una "vida normal". Sin importar cuantas personas integran el grupo familiar de un paciente lo que habrá que tomar en cuenta será qué significa esta familia para el paciente ya que puede darse que lo que esa familia simbolice para él sea un soporte durante la rehabilitación y permita la culminación exitosa del mismo.

3.1 La Gracia Familiar

Como ya se ha explicado anteriormente, un sujeto será nombrado y deseado según el deseo del Otro Primordial. Lacan explica en su seminario XVI que el deseo se juega en el campo del Otro y esta relación de deseo será a partir de la demanda de este Otro es decir:

$$(\$ \leftrightarrow D) \rightarrow d(A)$$

Lacan refiere que es en la Gracia donde se representa el designo del deseo del Otro, pues en el gráfico anterior se puede observar que la conformación del deseo del Sujeto partirá de la demanda de este Otro la cual estará orientada hacia el deseo de ese Otro, por lo que se traduce en "Hágase tu voluntad".

En los pacientes discapacitados se puede encontrar la "Gracia Familiar", puesto que será en la demanda del Otro Familiar que se formulará el deseo del paciente sobre su recuperación. Tomando en cuenta esto, se puede tener avizorar sobre el trayecto de la rehabilitación, si es que el paciente desertará o continuará hasta su fin el proceso y cómo va a asimilar su limitación física.

CAPÍTULO 4

La Institución Familiar

Para definir la definición de la familia empezaré por explicar que es una institución donde se constituye el sujeto, un sujeto que carece de instintos pues ha sido sumergido en un baño del lenguaje por los otros familiares. En el texto de "La Familia", Lacan refiere sobre esta como el objeto y la circunstancia psíquica de complejos mas no instintos. Se considera que no hay relación entre el instinto y el complejo, ya que el instinto es un saber preconcebido y solo indica al animal como actuar, mientras que el complejo corresponderá a la representación de una realidad vivida donde se fijan las formas de respuestas del sujeto que se repetirán a lo largo de su vida. Los complejos son establecidos por el Otro Social.

Dice Lacan que los "complejos, imagos, sentimientos y creencias serán estudiados en relación con la familia y en función del desarrollo psíquico que organizan, desde el niño en la familia hasta el adulto que las vuelve a reproducir"². Estos complejos de los que habla son: el complejo de destete, el complejo de la intrusión en el cual se incluye el estadio del espejo, finalmente el complejo de Edipo.

Los complejos familiares cumplen un papel de causalidad en la neurosis. "El síntoma neurótico representa en el sujeto un momento de su experiencia donde no sabe reconocerse", "su comprensión se alejó de la clara función de expresión del inconsciente a una más oscura función de defensa contra la angustia."³

²Lacan Jacques, "La Familia".

³ Lacan Jacques, "La Familia"

Se ha hablado de la familia y los complejos que está involucra para la constitución de un sujeto, pero en la actualidad donde se comienza a observar la formación de diferentes tipos de familias, lo importante a rescatar de cada una de estas no será la forma en la cual está es constituida sino la función que ejerce sobre el sujeto, la transmisión de un nombre, las normas sociales y de un deseo. No se trata en el dispositivo de roles a ocupar si no de funciones que las personas podrán desempeñar para garantizar un sujeto lleno de significaciones y un modo particular de goce.

4.1 ¿Es la familia un obstáculo o un incentivo para la rehabilitación física?

Como se ha desarrollado en el capítulo anterior la familia es una institución donde el sujeto se constituye. Construirá su deseo, las significaciones que le dé a los significantes que lo han marcado, su forma de respuesta ante la angustia y su modo de goce.

Sobre los pacientes atendidos en el área de medicina física y rehabilitación he descrito que son personas con algún tipo de lesión fisiológica que les impide realizar su vida con el mismo estilo de vida que anteriormente llevaba pues ahora poseen un impedimento físico que puede ser fácilmente percibido por el paciente y los otros (como en el caso de traumatismos cráneo-encefálicos que no se han colocado una placa en el cerebro, pacientes con amputaciones o son parapléjicos), o están los que no son vistos fácilmente (como los pacientes hemiparésicos o hemipléjicos).

La injuria vivida en el cuerpo como un irrumpimiento de lo real que deja al sujeto ante el vacío de significaciones, este lo vive con angustia y genera el volcamiento del sujeto hacia un Gran Otro (en este caso hemos expuesto sobre el Otro Parental).

Pero, ¿Qué sucede con la familia en la rehabilitación física?, ¿Será caso que son un obstáculo para la rehabilitación física o son el punto vivificante del sujeto?

Si bien es cierto que la familia es el lugar de constitución del sujeto, significa entonces que ante la implicación de la familia y de su deseo por cooperar en la rehabilitación en el hospital y dentro de casa, el paciente responderá mejor al tratamiento que recibe pues hay una razón por la cual seguir adelante, su familia. Se presentan casos en el área donde la implicación de todos los familiares en la recuperación del paciente realmente produce ese efecto pues la terapia física y las tareas no acaban al salir del hospital, hay una continuidad en el tratamiento incluso en la casa. El paciente siente el respaldo de su familia en esa etapa de su vida, este apoyo familiar se traduce como un deseo familiar de la recuperación.

Así como el niño recibe un lugar donde acogerse cuando es pequeño y no cuenta aún con las significaciones necesarias, no logra aún formar un modo de respuesta ante el vacío y no logra hacerse un lugar ente los otros, el paciente discapacitado se encuentra en una situación similar. Es indispensable acoger al impedido físico, enseñarle a hacer las cosas nuevamente, darle un espacio para que no sienta que ha dejado de tener un valor para su familia, que ha dejado de tener un valor él.

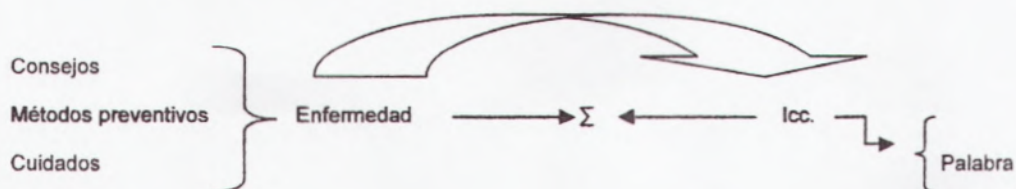
Así como se puede esperar la implicación de los familiares en la rehabilitación física, existen familiares donde el tratamiento del paciente es lo que menos importancia tiene pues ante la lesión sufrida, consideran que no tiene sentido continuar un proceso de recuperación si el paciente no podrá volver a ser como

era antes o porque puede tener una duración larga y cada uno de los familiares tienen otras prioridades que no podrán dejar de lado.

Considerando que en hay un real presente y perceptible para todos, puede darse la resistencia a la rehabilitación física como un real que también se presenta en los otros familiares, algo que queda sin poder significar y ante la angustia que esto genera es mejor evitar todo, lo que provoca el desinterés y la falta de colaboración. En estos casos se puede observar que los pacientes no tienen un lugar, no tienen el apoyo necesario ante la crisis psíquica que viven, y a pesar de contar con el equipo médico y de especialistas, el minusválido, terminará por desertar la rehabilitación o tendrá una larga historia en el hospital de ingresos y egresos de la terapia, empeorando su estado de salud y el éxito de la rehabilitación.

4.2 La discapacidad como síntoma en la familia

La familia podrá ser una razón por la cual superar la crisis que vive el paciente y junto al trabajo interdisciplinario de los especialistas del área de medicina física logrará resultados positivos, pero a la vez se pueden presentar casos en lo que ocurra todo lo contrario. A partir de esto cabe pensar que lo real que ha emergido no solo afectará al sujeto sino a sus familiares por lo cual habrá que llenar el vacío con significaciones nuevas; esto podrá ser posible vía la palabra, he aquí el valor de ofrecer a los familiares un espacio de palabra donde el paciente pueda hablar de lo que lo aqueja. Podemos entender esto en el siguiente grafo:



Ante la discapacidad, el inconsciente logrará crear una forma de respuesta ante la angustia del vacío, esto será el síntoma, se comprende entonces que ante la discapacidad el síntoma que produzca cada sujeto dependerá de su particularidad y de cómo ha vivido él la enfermedad.

Todo los recursos que apunten hacia el padecimiento lo único que promoverá es la formación de un nuevo síntoma, por eso el único método que se puede utilizar para aflojar la fijación del síntoma será vía la palabra, para que el paciente puede hablar de sí mismo, dar cuenta que es lo que sucede y cómo está implicado en su sufrimiento.

Según lo planteado en este escrito, el familiar de un paciente tendrá la oportunidad de conocer qué es lo que le provoca sufrimiento y saber cómo está implicado en eso para que modifique su posición en relación a la discapacidad de su familiar y pueda apoyarlo durante el proceso de recuperación de él.

CAPÍTULO 5

Abordaje clínico en el familiar

A partir de lo elaborado en el punto anterior de este escrito, damos cuenta de la relevancia de mantener un espacio de palabra en el área. Un espacio donde el paciente (sea este el impedido físico, el familiar o quien está al cuidado del inválido) pueda expresar su malestar y cómo lo vive, cómo vive los cambios por los cuales pasa, es decir, al mismo tiempo en que se realiza el diagnóstico del paciente, se acoge su malestar y se lo avala en su deseo de saber más de sí mismo.

Durante el período de prácticas profesionales en el área de rehabilitación física del IESS, he podido trabajar de dos formas con los pacientes, por medio de entrevistas clínicas donde la orientación del tratamiento será según lo enunciado por el paciente y trabajo de grupo operativo que se dirige a un aprendizaje en común a partir de las experiencias de cada miembro del grupo.

5.1 Entrevistas Clínicas

En las entrevistas clínicas el trabajo será con el uno a uno. Son entrevistas individualizadas donde se discriminará la situación que acontece a cada paciente. En cada una de estas entrevistas el paciente podrá hablar de lo que desee, siendo este el hilo conductor del tratamiento, el padecimiento que el sujeto ofrece al trabajo clínico será atendido según las necesidades de ese sujeto.

Una de las condiciones para que el psicólogo clínico pueda orientar el tratamiento psicológico es la "Ignorancia Docta", que no es nada más que dejar de lado todo conocimiento teórico para evitar el prejuicio teórico que obstaculizaría el trabajo, mantenerse en una posición de escucha a lo que este

paciente menciona para saber en qué momento puede realizar algún tipo de intervención, dicha intervención será en relación a la estructura del sujeto, la cual el psicólogo deberá de tener en cuenta a partir de la primera entrevista. Las intervenciones podrán ser intervenciones del orden metafórico, que consiste en recoger lo dicho, interpretarlo y devolverlo con una diferente significación de lo que se había dicho, y del orden de lo metonímico que consistirá en tomar una parte por el todo de lo dicho.

Finalmente lo que se debe de respetar siempre será el deseo del sujeto.

5.2 Grupo Operativo

El objetivo del grupo operativo será de identificar las conductas estereotipadas que impiden el aprendizaje para poder movilizarlas mientras se desarrolla el grupo. Se trata de una oportunidad de intercambio de experiencias para uno o todos los miembros del grupo para que puedan aprender de ellas según sea la tarea por la cual se ha reunido el grupo y que radica en el aquí y en el ahora.

El trabajo de grupo puede ser vivido como un refugio de la realidad externa, que es angustiante para cada individuo, y pueda aprender como enfrentarse a dicha realidad.

En estos grupos no solo se trata de informarse o desahogarse, sino de que cada uno de los integrantes logra incorporar algo de los otros y manejar eso que ha adquirido.

El coordinador del grupo deberá evitar que el individuo que padece y ofrece su dolor a los miembros del grupo se quede en esa posición, ya que esto quiere decir que esa persona está personalizando el dolor de todo el grupo.

5.3 Conclusiones del Grupo Operativo "La discapacidad como síntoma en la familia"

Sesión #1:

La entrevista grupal empieza a las 10h30 con la participación de catorce familiares de pacientes de las Salas 2, 3ª y 3B. La duración del primer día de trabajo duró una hora y quince minutos. La apertura de esta sesión fue dirigida por la Lcda. Mery Jurado quien expuso ante los familiares las implicaciones de tener un familiar discapacitado. Después de una breve explicación los miembros del grupo comenzaron a relatar cada una de sus experiencias, y cómo en cada uno de ellos ha habido todo tipo de dificultades para poder afrontar una lesión neurológica, enfermedad o amputación de algún pariente cercano.

Los integrantes que se atrevieron a hablar un poco más sobre su historia personal fueron aquellos que llevan más meses en la rehabilitación y sus pacientes están recuperados parcialmente o están por ser dados de alta, mientras que en otros participantes participaron muy poco ya sea porque todo en la rehabilitación física de su familiar les resulta nuevo y aún no saben qué hacer con sus preocupaciones sobre el estado de salud de ellos o cómo deben de actuar en relación a las necesidades de su allegado.

La integración de los partícipes fue muy buena, todos escuchaban atentamente la historia del compañero lo que los alentaba a ellos a relatar la suya, el grupo se convirtió en una especie de fortaleza para cada uno de los miembros para poder hablar de sus preocupaciones e inquietudes sobre el familiar.

Sesión #2:

La segunda sesión grupal se realizó a las 10h35 con la participación de siete familiares, en este caso llegó una familiar por pedido de las compañeras ya que le explicaban que las charlas le iban a servir bastante para informarse, la sesión terminó a las 11h45. Se inició con la intervención de la Lcda. Llaguno, quien explicó el trabajo de los terapeutas ocupacionales y la importancia de la implicación de la familia en toda tarea que se aprende en la terapia. En este caso la terapeuta participó durante todo el trabajo grupal, para los integrantes de grupo fue importante pues acotaban sobre su función cuando al paciente se le pedía que realizara alguna tarea.

Una dificultad que se presentó en aquella reunión fue el de uno de los casos relatado por la esposa del paciente del área se mantuvo en una queja constante sin escuchar las soluciones factibles para su caso, se puede evidenciar que ella llegó para poder desahogarse y no aprehender algo del tema tratado, por tal razón se tuvo que proponer a la participante trabajar en la consulta fuera del grupo para que así hable más de aquello que la aquejaba.

En general y pese a la dificultad presentada por aquella miembro de grupo, se pudo trabajar con los pacientes en relación al tema planteado y que ellos encontrarán en las experiencias de los otros las alternativas posibles para ayudarlos en caso de perder la memoria, cambios de conducta y falta de cooperación en los ejercicios y tareas para el hogar.

Sesión #3:

Durante esta sesión hubo la participación de cinco familiares, se empezó a las 10h50 y culminó a las 10h40. Hubo dos mujeres que se mantuvieron en todas las sesiones grupales y pudieron hablar de sus experiencias e incluso

aconsejar a los demás pues ya tenía algún tiempo asistiendo junto a su allegado a la rehabilitación física.

En otros de los familiares era la primera vez que asistieron a la reunión de grupo pero después de escuchar las experiencias de todos pudieron hablar, al menos el hijo del paciente del área comentando cómo un descuido en la salud y la negligencia de otros médicos pudo ser tan importante en la vida de su familia que implicó cambios en sus propios estilos de vida, pero por el paciente lo hacen, de este casos se pudo extraer cómo en ciertos casos los familiares pueden dejar la queja constante sobre lo sucedido y buscan soluciones por el beneficio del paciente, así se evidenció en el caso de otra mujer relatando que a pesar de lo que todos le decían como debía tratar a su esposo, fue su carácter y su firme decisión de ser estricta con él en sus horarios y en sus actividades, enseñándole todo lo que debía de hacer, que su esposo pudo salir adelante y ahora la ayuda en la atención a sus hijos.

En general, para concluir hay familiares que logran obstaculizar el trabajo de los terapeuta, pues al no respetar las indicaciones que estos les dan para que continúen en casa, se pierde el trabajo realizado en el día en que se asiste al área de rehabilitación física; esta imposibilidad de los familiares puede deberse a múltiples razones que pueden ir desde sus temores al ser "muy fuertes" con ellos y provocarles algo peor de lo que les ha pasado o por no buscar una salida a los conflictos que se pueden presentar a diario con el paciente, hay un desconocimiento parcial sobre el estado físico del discapacitado por lo tanto se generan tantas ideas e inquietudes sobre su función como familiares y agentes coexistentes de la rehabilitación física.

Así también se pueden presentar en otros en los que la prioridad se vuelve el imposibilitado físico y la vida tendrá que girar en torno a las necesidades de este pero siempre manteniendo un límite entre lo que se puede hacer sin llegar a hacerlo todo por el paciente, hay un deseo más intenso de que el paciente se rehabilite por lo que se busca todas las alternativas que le permitan realizar sus terapias y controles médicos regularmente, de esta forma el paciente logra salir adelante y culminar satisfactoriamente su proceso de rehabilitación y a pesar de no estar muy preparado para los nuevos avatares de la vida que se le puedan presentar, podrá contar con el apoyo de sus seres queridos, su familia.

CONCLUSIONES

Cuando lo real irrumpe, el sujeto responderá con un síntoma para velar la falta; será el síntoma de cada sujeto una manifestación de lo particular. En algunas ocasiones no alcanza con el síntoma y el sujeto se ve en la necesidad de acudir a un Gran Otro que garantice que todo va a salir bien por un milagro o por el esfuerzo de ese Otro. El problema surge cuando el sujeto solo está a la espera de que sea el Otro quien resuelva su malestar por lo que no hay implicación del sujeto dentro de su sufrimiento, en el trabajo clínico habrá que investigar de qué Gran Otro se trata (Otro Dios, Otro Familiar, Otro Social, Otro Ciencia) y reconocer el lugar que ese Otro ha venido a ocupar.

Dentro de la rehabilitación física, se dan casos similares en los que el paciente no se implica en su padecimiento y en su limitación física, en estos casos los pacientes desertan el tratamiento o tienen un historial largo de entradas y salidas al área de medicina física, por lo que no se puede esperar una mejoría física exitosa como se da en los pacientes que están implicados en todo lo que les sucede. A diferencia de los que no logran recuperarse totalmente, hay quienes si recuperan en un alto porcentaje la funcionabilidad de la parte de su cuerpo que ha sufrido una lesión así como a su vez recobran la posibilidad de llevar una vida independiente en las que según sea su discapacidad, el paciente podrá desenvolverse bien en cualquier ámbito laboral o social.

La superación del paciente se deberá a su implicación dentro del trabajo físico y del trabajo psicológico, el esfuerzo del equipo médico y finalmente por el apoyo que este pueda percibir de sus otros familiares.

Será la institución familiar una de las determinantes dentro del proceso de rehabilitarlo físicamente por lo cual se vuelve indispensable conocer la

dinámica familiar del individuo. En esta dura etapa para la persona inválida se experimentarán cambios no solo a nivel psíquico si no también en lo habitual para él, como las prendas de vestir, nivel de la cama o silla, aparatos de apoyo como sillas o bastones, etc. cambios para los que ninguna persona está preparado con anterioridad y que puede producir conflictos del sujeto y de la familia. Según lo dicho, esta será la razón por la que algunos familiares acudirán a consulta psicológica, y el psicólogo podrá abordar las diferentes problemáticas a partir de las entrevistas clínicas o de la creación de grupos operativos, en los cuales se trabajará con la palabra del paciente con el fin de que pueda dar cuenta de su síntoma y saber hacer con él o de aprender conjuntamente a otros familiares a partir de las experiencias de todos para aprehender de lo compartido durante el grupo.

Para concluir en la rehabilitación física el trabajo no solo será entre el paciente desvalido y su equipo médico, será también con sus familiares pues además de que son ellos quien ejercen el rol de terapistas en el hogar, ellos son un pilar fundamental para atravesar la etapa de adaptación pues será según el apoyo y la cooperación que motivarán al paciente en la rehabilitación.

Bibliografía:

- ❖ Guerrero Nora, "Las Aplicaciones de la Psicología en la Rehabilitación Integral del Impedido Físico", 2005, Editorial Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.
- ❖ Lacan Jacques, "De un Otro al otro", Editorial Paidós.
- ❖ Lacan Jacques, "La Familia".
- ❖ Loayza Verónica, Trabajo de graduación de Psicóloga Clínica: "El surgir de un síntoma: Una salida a la vivencia de la discapacidad como trauma"
- ❖ Roudinesco Elizabeth y Plon Michel, Diccionario de Psicoanálisis.
- ❖ Roland Chemama, Diccionario de Psicoanálisis.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**Facultad de Filosofía, Letras y
Ciencias de la Educación**

Informe de Grupo Operativo

**Área de Medicina Física y
Rehabilitación**

**30 de Noviembre;
02 y 03 de Diciembre, 2010**

GRUPO OPERATIVO: "La discapacidad como síntoma en la familia"

Área de medicina Física y Rehabilitación

Hora: 10:30- 11:30

Coordinadora: Ma. José Ormaza Melendro

Observadora: Adriana Solórzano

Expositora: Lcda. Mery Jurado

Participantes:

- Sra. Bárbara Peralta
- Stefany García
- Sra. Isabel de Zamora
- Aracely Murrieta
- Esposa del Sr. Fidel Segura
- Cuidadora del Sr. Julio Muñoz
- Gladys de Florencia
- Esposa del Sr. Vicente Alvarado
- Sr. Freddy Mora
- Cecilia Calderón
- Sra. Virginia Banchón
- Gustavo Flores
- Nery Quimí

Observación: El trabajo de grupo se realizó únicamente con familiares de pacientes del área de Rehabilitación Física.

Sesión # 1:

Empieza la sesión a las 10h30 con la intervención de la Lcda. Jurado sobre la implicación de los familiares en la rehabilitación física. Explica el trabajo de la familia como coexistente las veinticuatro horas de los pacientes con diferentes tipos de discapacidad y más aún personas con lesión cerebrales; la sobrecarga hacia el paciente o el desamparo de los mismos familiares como indicios del desconocimiento de los familiares al vivir con alguien con discapacidad; finalmente indica el trabajo en conjunto entre los médicos, familiares que se debe de realizar para el bienestar del paciente. Termina la intervención a las 11 am.

Coordinadora: Se agradece la intervención de la Lcda. Jurado, ¿qué piensan sobre lo que acabó de decir la terapeuta?

Sra. Bárbara Peralta: Está bien, uno tiene que ayudar la paciente, yo soy solita con mi hijo. Yo lo cargaba en la silla

Coordinadora: ¿ Su hijo es el Sr. Alava?

Sra. Bárbara Peralta: Sí, él no era un hombre que hacías sus cosas, yo le ponía la silla en el baño, ahora él lo hace solito, ya camina, se va donde mi hija. Antes me preocupaba mucho su estado.

Coordinadora: ¿cómo se ha sentido ante el malestar que manifiesta?

Sra. Bárbara Peralta: es como estar viviendo con un niño.... Ya está un año en rehabilitación, acá en la casa se le hace ejercicios, también las compresas que tiene...

Coordinadora: ¿Con qué fin ayudamos al paciente?

Sra. Bárbara Peralta: Que hable, que camine, que se rehabilite, uno le hace bien si le da bastante cariño, hay que distraerlo.

Coordinadora: ¿Qué esperamos del paciente?

Sra. Aracely Murrieta: A mi mamá le dio un infarto cerebral, no se le entendía nada, vino en silla de ruedas. Mi mamá se ha querido valer por sí misma, y ahorita camina, hace sus cosas, se baña sola, se viste sola, me ayuda en la cocina. Ella pone de su parte, tiene 75 años y yo tengo que seguir adelante. Ella pone de su parte, pero se olvida de las cosas.

Esposa de Fidel Segura: Mi esposo sorprendentemente, no puede mover partes de su cuerpo, tuvo un derrame y cayó al suelo. Trabajaba en ganadería, tiene un mes de rehabilitación. Empieza a dar rezos de agradeciendo a Dios. Él no podía movillizar los brazos y los pies. Yo lo ayudo siguiendo los pasos que indica el terapeuta.

Coordinadora: Es importante la compañía que se le hace al paciente, darle el valor un paciente frente a la discapacidad porque ellos pueden pensar que ya no valen por no ser como eran antes.

Esposa del Sr. Julio: Lo importante es hacerlo sentir bien, subirle el autoestima. Porque piensan que son inútiles y hay que hacerlos que vayan siendo independientes con mucho amor de las personas que los rodean, mucha comunicación con la familia, mucho afecto para que eso les de fuerza y voluntad. A mi marido le dio isquemia cerebral.

Coordinadora: ¿Cómo su familia le ha subido el ánimo?

Esposa del Sr. Julio: Algo muy importante, cuando empezó su problema, conversamos, se le dijo que Dios le dio una oportunidad de vida. Al principio se molestaba por todo. Se nos dificultó salir con él, con esto no quiere decir que descuidemos las actividades con mis hijos, se necesitaba de un hombre para cargarlo, yo tengo artrosis, y los dos enfermos no vale. Vivíamos lejos y tuvimos que cambiarnos más cerca del hospital.

Coordinadora: ¿Cómo se afrontaron los cambios?

Esposa del Sr. Julio: Hemos ido cuatro veces a la casa, creo que él siente temor de caerse y creo que piensa que en la casa del familiar estamos más cerca del hospital.

Coordinadora: Hay diferentes tipos de casos, unos en los que el paciente coopera y se puede solucionar todo más fácilmente, pero hay otros en los que no es así, ¿existen casos aquí donde el familiar no quiere cooperar?

Cuidadora del Sr. Julio Muñoz: Yo soy la cuidadora, la esposa no pudo venir. Al sr. le dio un derrame y la esposa no se ha dado cuenta, yo lo he traído acá porque él es jubilado.

Coordinadora: ¿cómo así lo conoció al Sr. Julio?

Cuidadora del Sr. Muñoz: Una amiga que es doctora me dijo que lo vaya a ayudar porque la esposa no se avanza, se pone molesta, no tiene paciencia, ahora ella va entendiendo. Yo lo traje con baja de azúcar porque es diabético. Si yo veo una persona que está así tengo que ayudarlo si la esposa no lo hace, no ayuda.

Sra. Gladys de Florencia: Al principio mi esposo le dio un infarto cerebral del lado derecho, desde el principio mi esposo me decía déjame, después puso de su parte y dejó la silla de ruedas y anda en bastón. Yo lo quería ayudar y él me decía que lo deje. Al principio se sentía impotente, es el segundo infarto, no quedó ninguna secuela, se recuperó en dos meses, a los 3 meses le dio el infarto, tuvo dolor del ojo izquierdo. Lo trajimos al seguro y el oftalmólogo dijo que era una inflamación en las vistas, después se le comenzó a dormir la parte derecha del cuerpo, y a las 5 de la mañana me dijo que no podía caminar, arrastraba el brazo y el pie. Es de matarlo porque ya trabaja, sigo con su dieta porque es diabético.

Coordinadora: El paciente ya logra hacer varias cosas por sí mismo, ya trabaja, pero ¿de qué otras formas podemos hacerlos sentir útiles?

Esposa del Sr. Vicente Alvarado: Yo estoy sola con mi esposo que está cortado. Al principio no lo podía avanzar, yo enferma y los hijos están en Ambato, ahora que está en rehabilitación él ayuda, cuando se cae y se apoya en un pie para levantarse. Cuando llega la familia se contenta, siempre tenemos que andar los dos, siempre tengo que llevarlo a donde vaya.

Coordinadora: ¿no hay forma de conseguir una enfermera?

Esposa del Sr. Vicente Alvarado: Las enfermeras tienen que cobrar, y no hay para pagarles. Él me ayuda pelando papaya para el jugo, cuando lo saco me ayuda la gente, si yo lo dejo en la casa en cambio él abre la puerta de la casa y cualquiera se puede meter. A él le encanta que lo lleve porque él va sentado en la silla, yo soy la jodida.

Sra. García: Para mí la enfermedad de mi esposo ha sido terrible, me dio un giro a mi vida, yo me iba a volver loca, yo no trabajaba y tenía mis hijos chiquitos, yo era solita, atendía a mis hijos y mi esposo. Cuando salí de aquí era bravo, me pegaba, hace tres meses mi vida cambió, peor con el embarazo. Mi esposo no cree en Dios porque cree porque le dio eso. Él me botó de la casa porque decía que no valía para nada, no sabía que iba a hacer, el doctor me hablaba y me decía que no lo proteja tanto, por eso he discutido con mi suegra, mi cuñada, porque querían que lo bañe y le haga todo yo, y yo no podía porque tenía que cuidar a mi hijos. Le dije a mi suegra que la que mandaba era yo, yo tengo que trabajar para mantener a mis cinco niños, gracias a Dios él me ayuda a vestir a los niños, a barrer, les da de comer; cuándo él escuchó la noticia que estaba embarazada se puso mal, yo quedé embarazada antes del accidente.

Aracely Murrieta: Yo tengo que trabajar para sobrevivir, dejo todo, a mi madre, ella tampoco camina, se apoya con la silla de ruedas, a veces le duele el brazo o la pierna y mi hijo me ayuda. Yo tengo que ir a dejar un adulto mayor para cuidar otro adulto mayor. Somos 5 hermanas, y ninguna me ayuda.

Esposa del Sr. Vicente Alvarado: Ahorita trabajo de tarde en un negocio, y con eso me ayudo porque no tengo apoyo de mi familia. La familia de él me trataba mal a mí porque no le hacía las cosas a mi esposo, al principio sí le hacía pero después de los dos meses ya no. Me fui de la casa de mi suegra a nuestra casa, él ayuda ahora, se baña solo, ayuda a los niños.

Coordinadora: Para concluir con la sesión del día de hoy hay que aprender a distinguir entre nuestros temores para tratar de buscar las mejores soluciones para el paciente. Es importante entender las necesidades de ellos y conocer hasta qué punto se les puede ayudar, porque ellos pueden valerse por sí mismo después del adecuado proceso de rehabilitación física.

GRUPO OPERATIVO: "La discapacidad como síntoma en la familia"

Área de medicina Física y Rehabilitación

Hora: 10:30- 11:30

Coordinadora: Ma. José Ormaza Melendro

Observadora: Adriana Solórzano

Expositora: Lcda. Patricia Llaguno

Participantes:

- Sra. Nery Quimí
- Sra. Isabel de Zamora
- Argentina Solano
- Gladys de Florencia
- Sra. Virginia Banchón
- Gustavo Flores
- Aracely Chávez

Sesión #2

Empieza la segunda sesión de grupo operativo a las 10h35 am con la participación de la Lcda. Patricia Llaguno sobre la importancia de las tareas diarias que el paciente aprende en terapia ocupacional y los cambios que deben hacer los familiares para facilitar estas tareas; la importancia del trabajo del paciente es del 70%, el familiar el 20 % y el terapeuta el 10%, por lo cual hay que saber cómo se debe ayudar diariamente al paciente. Termina su intervención a las 10h55 am y se procede con las intervenciones e inquietudes de los participantes.

La Sra. Quimí pregunta por el ejercicio del jabón, porque su esposo dice sentir un movimiento en la cabeza y le dice a ella que está borracho.

Lcda. Llaguno: Ud. Debe de poner un límite.

Sra. Quimí: Él viene contra su voluntad, dice que "nadie me toma en cuenta", "no quiero ir para allá", "ya estoy cansado, llévame a comer".

Lcda. Llaguno: Ellos pueden ser personas que les gusta manipular a los demás.

Sra. Quimí: A él no le gusta bañarse, lo cojo cuando voy al servicio, no se acuerda de que día es y me dice que está borracho.

Lcda. Llaguno: Debe de manejar la memoria para ayudarlo al paciente.

Sra. Quimí: Él me dice que son las tres de la mañana, no quiere trabajar, no quiere comer porque no quiere ir al baño, y debo de sentarme a darle de comer en la boca. ¡Qué no le he hecho!

Lcda. Llaguno: Esto es una lucha de todos los días, hay que tener mucha paciencia y amor.

Sra. Quimí: Estamos solo los dos en la casa, no tengo ayuda, siempre me conversa de gente muerta, dice que esa casa no es suya y en un mes se olvida de todo. Me dijeron los doctores que tenía que retarlo como hijo, yo le pegaba despacio.

Es operado del corazón, a mí me lo dejaron con fiebre, estuvo bien mal, yo lo vi que estaba perdiendo el conocimiento. Yo decía que estaba mal y todos me decían que estaba bien. Yo le lleve a la clínica Guayaquil pero me dijeron que era en los pulmones y él seguía con fiebre hasta de 40 grados. Cuando estaba con la fiebre le dio un ataque de celos que decía que me quería matar. Lo derivaron al psiquiatra porque no dormía ni en la mañana ni en la noche, lo medicaron; él trabajaba haciendo muebles. Ya lo vamos superando poco a poco.

Sra. Chávez: Mi mamá está así, solo quiere comer a toda hora y me dice tu no me diste de comer, se olvida mucho. Ahorita la dejé dormida porque está medio agresiva así que le metí la pastilla y la dejé dormida con mi hijo.

Coordinadora: Por los casos presentados es importante tomar en cuenta el diagnóstico médico, en estas salas se trabaja con pacientes con lesión cerebro vascular y es muy probable que haya cambio de conducta, más no que el paciente no quiere colaborar, por eso hay que saber cómo se los puede ayudar.

Sra. Chávez: Ella quería ir a comprar ropa, está pendiente de su ropa, se baña sola a las 06h30 am, no se queda sola porque una vez cometí el error de dejarla sola, me dejó abierto el tanque de gas, cuando volví de comprar la casa apestaba a gas. Yo me apoyo en mis amigos que la conocen, en los vecinos para dejarla con alguien. Ella trabajaba con una doctora con niños con problemas, hace dos años que ya no trabaja pero igual arregla la casa. Tampoco quiere salir y si ella no sale, yo no. Si no me ve a mí siente que se va a morir, se desespera.

Coordinadora: Hay una dependencia hacia usted. ¿Cómo lo maneja?

Sra. Chávez: Yo creo que es por la lesión, ella era sociable, conversaba mucho. Lo único que me mandó el doctor en cuanto a la pastilla es para que esté tranquila y le dé poco.

Lcda. Llaguno: Hay que respetar más que nada los horarios de los pacientes.

Sra. Quimí: Yo quiero que me aconsejen que puedo hacer con mi esposo porque no se que hacer, no se baña parado porque él no quiere pararse.

Coordinadora: Llame al call center y pida una consulta en neurología y explique todo lo que ha dicho sobre el cambio de su esposo porque puede ser por un daño cerebral.

Sra. Quimí: Dice que está borracho todo el día, está mareado, ya le han tomado dos veces una tomografía y le han dicho que se le ha explotado una vena del cerebro, el doctor me dijo que ya con él no se puede hacer nada. Él no ayuda, no quiere ayudarme.

Coordinadora: Si ud. desea le puedo ayudar en la consulta privada para que hable más al respecto.

Lcda. Llaguno: Usted no puede sentirse cansada, la situación del paciente se vuelve caótica, nos toca vivir el momento, es difícil para el familiar y el paciente.

Sra. Argentina Solano: Mi paciente por lo regular en las noches tiene mucho frío. Tiene 68 años y duerme con polines pero el frío se le concentra en las piernas.

Lcda. Llaguno: Los cambios de temperatura son el problema, con una almohadilla eléctrica se lo pone en las piernas para que sienta el calor.

Coordinadora: o puede hacer una compresa de agua caliente con una toalla y eso le mantiene caliente por un tiempo.

Sra. Virginia Banchón: Una pregunta, mi esposo tiene una hemiplejía quiero saber si él podrá llegar a escribir con la mano derecha.

Lcda. Llaguno: Hacemos adaptaciones trabajando con el lado sano del paciente.

Sra. Banchón: Él ya practica con la mano izquierda.

Lcda. Llaguno: El familiar queda exahusto y puede abandonar el tratamiento.

Sr. Gustavo Flores: Con lo que dijo la Lcda. Jurado, ya me di cuenta que ella se puede ayudar con su lado bueno.

Lcda. Llaguno: Lo que a ellos les pasa es difícil y muy complejo.

Sra. Zamora: En la noche no duerme.

Lcda. Llaguno: Rodolfo es un caso complejo, lastimosamente las cosas con él son mínimas. Cuando él esté con ese problema recuérdale que es de noche, ese día no pasará en vela.

Coordinadora: Voy a rescatar ciertos puntos para concluir, la importancia del horario y las readecuaciones de la vida del paciente-, es necesario apoyarse en los terapeutas y médicos mas no pensar que uno puede resolver el problema solo. Hay que repetir siempre en el hogar las tareas que aprende; finalmente el familiar debe de buscar alternativas y la única que no puede ser válida es "yo voy a hacer todo, yo puedo todo".

GRUPO OPERATIVO: "La discapacidad como síntoma en la familia"

Área de medicina Física y Rehabilitación

Hora: 10:45- 11:40

Coordinadora: Ma. José Ormaza Melendro

Observadora: Adriana Solórzano

Participantes:

-Sra. Maritza Ortiz

-Sra. Isabel de Zamora

-Teresa de Muñoz

-Sra. Vargas

-Sra. Sr. Daniel Silva

Observaciones: En esta última sesión los miembros de grupo hablaron sobre el trabajo realizado durante las sesiones grupales y cómo les ha servido, así también se contó con la presencia de nuevos participantes que se integraron rápidamente en la dinámica grupal.

Sesión #3

Se empieza la sesión con una breve introducción de lo trabajado durante los días anteriores por la presencia de participantes nuevos.

Se da inicio a la sesión con la participación de la Sra. Ortiz:

Sra. Ortiz: A mi esposo le dio un derrame cerebral, hay que ser fuerte en la casa, él estaba como un niño y lo tratábamos así, tuvo que vernos como hacíamos las cosas y él las hacía. Como familia nos afectó bastante por como él había salido el hospital, pero gracias a Dios él se levantó porque recibió de parte de Dios la orden.

Coordinadora: Usted manifiesta que fue difícil... ¿Por qué fue difícil?

Sra. Ortiz: Porque él era alto, y no hablaba, no sentía nada, él era como un niño de dos años. Bajó de peso, tiene 45 años y lo más terrible fue que vio su realidad y nosotros sabíamos que le daban sus crisis, a veces me daban ganas de cachetearlo. Después de lo que le pasó se hizo agresivo. Él aprendió a decir "tutatumadre" y yo le decía que le daba "tas-tas" en la boca, la gente me aconsejaba que no le dijera así.

Coordinadora: ¿Quién le aconsejaba?

Sra. Ortiz: Muchas personas me han aconsejado, debo de decirle que "hay sol, hay luna", "no eres el primero ni el último, hazlo por ti", yo sí le hablaba fuerte. Mis hijas y yo tuvimos que aprender a hablarle fuerte, eso fue difícil al inicio.

Coordinadora: ¿Cómo así fue difícil?

Sra. Ortiz: No estábamos acostumbradas a verlo todo el día en la casa porque él se iba a trabajar, verlo ahí acostado y en la silla y saber que iba a depender de nosotras y nosotras de él... Ahora lo hace solo, yo lo mando solo a la terapia, rara vez me ven por aquí.

Coordinadora: ¿En qué condiciones se encuentra él ahora?

Sra. Ortiz: Él volvió a su realidad porque se vio en el espejo, él quería romper el espejo. Lo llevábamos a la iglesia, ahora él se me está haciendo resabiado, antes yo manejaba su dinero, ahora eso es lo primero que quiere manejar y me lo pide.

Coordinadora: ¿Cómo se siente Ud. por haber tenido que hablarle fuerte y ver los resultados ha conseguido?

Sra. Ortiz: Yo era de carácter fuerte porque siempre he sido así, así que no se me hizo difícil. Como toda pareja hemos tenido momentos difíciles y nos hemos golpeado pero nadie es perfecto. Yo ahora le digo que él es una persona discapacitada, no enferma, y que nadie es perfecto en el mundo. Yo soy discapacitada, tengo un ojo chueco. Si me tapo el ojo no veo. A mí me dijeron que le diga que me ayude, de esa manera él me ayudó, yo hacía lo mismo que él. El proceso es lento.

Coordinadora: Hay que entender que persona discapacitada no es persona enferma. Ella se ha dado cuenta que en su caso con carácter fuerte se pudo lograr algo, no hay que sobreproteger al paciente, a ella le sirvió esa alternativa, pero para cada caso siempre hay que pensarlo con diferentes estrategias.

Sra. Álvarez: En los años que he venido a la terapia yo lo he tenido como un niño, me da pena hablarle fuerte porque si se muere mi marido me voy a quedar con esa psicosis, entonces pido fortaleza a mi señor para que me dé fortaleza como a él le ha dado. Tuvo pre infartos e hidrocefalia, y es medio bobito por eso. Yo le digo tú te vas a componer, tiene 81 años y siempre ha sido engreído de mí. Con paciencia ya no le hablo como niño.

Sra. Vargas: Ella piensa que al levantarle la voz falla como mujer.

Sra. Teresa de Muñoz: Mi esposo dice que yo soy el demonio. No lo ayudo pero ahora ya lo hago, dejo que él coma solo. Me dicen que yo lo he acostumbrado a eso, pero tengo a mi madre de 91 años con osteoporosis.

Coordinadora: ¿Usted vive con su madre y su esposo, dos cargas?

Sra. Muñoz: Solo vivimos tres personas. Yo soy el sustento. Me encargo de ello, de los pañales yo me encargo.

Sra. Ortiz: Yo le doy un vasito con agua para la pastilla a las ocho de la noche, dependiendo de eso me orina, usted tiene que sumar el líquido que le da.

Sra. Muñoz: Yo procuro que tome agua porque no le gusta.

Sra. Vargas: Quién asiste a mi hijo es mi señor, mi hijo y mi nieto.

Sr. Silva: Él ya tiene dos años en silla de ruedas, por un descuido de su salud dejó que avance la enfermedad y le dio una infección cerebral por lo que le tuvieron que cortar partes del cerebro. La familia tuvo que hacerse cargo de él, hasta ese momento no se había perdido el carácter de él, que era muy fuerte. Yo tenía que estar super estricto con él, antes de que él recaiga, quedó con paraplejía y yo le enseñé a caminar. Hubo una negligencia médica y quedó en coma 4 meses, y hasta ahora está en ese estado. Todos los días no decían que no iba a sobrevivir, él no está consciente de la realidad por lo que eso lo limita a que sea independiente. Tenemos la suerte de tener a alguien que lo atiende. Ha sido bueno y malo, antes él vivía como vagabundo y ahora que ya no puede ha mejorado la situación familiar, lo malo son los gastos económicos que hay que hacer. Los cambios en la familia han sido que no podemos salir los fines de semana porque no se lo puede

dejar solo ni llevarlo a ningún lado, por lo que se complica pero mucha gente nos ayuda a veces aunque no entienda tenemos que manejarlo, no molestarnos , él perdió la conciencia es diferente a los otros casos.

Coordinadora: A su familia le tocó readecuarse a las necesidades de él, ¿Quiénes son su familia?

Sr. Silva: Mi mamá, hermana, y él. sus padres están ahí aportando con lo económico.

Sra. Ortiz: ¿por qué dice que es difícil, los fines de semana no lo pueden sacar?

Sr. Silva: Es difícil cargarlo porque no puedo subirlo a él a un vehículo porque no apoya. Yo tengo problemas de columna y como soy el hombre de la casa, los fines de semana me toca hacer todo. Él se desespera si se lo lleva al centro comercial, se pone nervioso, creo que por descuidos de las enfermeras el tiempo que estuvo hospitalizado porque lo trataban pésimo, lo trataban como un trapo. Todo el esfuerzo es para mí y mi familia evita que toda la carga caiga sobre mí.

Sra. Álvarez: Con mi hijo lo llevamos a la playa y el cambio de ambiente le sirvió.

Sra. Vargas: Cuando son lugares abiertos él disfruta, Daniel va a consultar con un odontólogo para ver si te ponemos la placa de la boca, pero Roberto dice que si le ponen se va porque dice que él aguanta todo.

Sr. Silva: Él siempre fue amiguelo, hay aún ciertas cosas que le quedan todavía.

Coordinadora: Para concluir, todos han hablado de sus experiencias, creo que ha servido que participaran los terapeuta y hablar de todos los casos para entender que todos son diferentes pese a tener el mismo tipo de lesión. El familiar siempre será el apoyo, el motivo por el cual salir adelante, pero esto no quiere decir que el familiar sea todo. El paciente tendrá su lugar en la familia y se deberá de respetar sus necesidades y deseos.

GRUPO OPERATIVO: “La discapacidad como síntoma en la familia”
Área de medicina Física y Rehabilitación

CONCLUSIONES:

Sesión #1:

La entrevista grupal empieza a las 10h30 con la participación de catorce familiares de pacientes de las Salas 2, 3ª y 3B. La duración del primer día de trabajo duró una hora y quince minutos. La apertura de esta sesión fue dirigida por la Lcda. Mery Jurado quien expuso ante los familiares las implicaciones de tener un familiar discapacitado. Después de una breve explicación los miembros del grupo comenzaron a relatar cada una de sus experiencias, y cómo en cada uno de ellos ha habido todo tipo de dificultades para poder afrontar una lesión neurológica, enfermedad o amputación de algún pariente cercano.

Los integrantes que se atrevieron a hablar un poco más sobre su historia personal fueron aquellos que llevan más meses en la rehabilitación y sus pacientes están recuperados parcialmente o están por ser dados de alta, mientras que en otros participantes participaron muy poco ya sea porque todo en la rehabilitación física de su familiar les resulta nuevo y aún no saben qué hacer con sus preocupaciones sobre el estado de salud de ellos o cómo deben de actuar en relación a las necesidades de su allegado.

La integración de los partícipes fue muy buena, todos escuchaban atentamente la historia del compañero lo que los alentaba a ellos a relatar la suya, el grupo se convirtió en una especie de fortaleza para cada uno de los miembros para poder hablar de sus preocupaciones e inquietudes sobre el familiar.

Sesión #2:

La segunda sesión grupal se realizó a las 10h35 con la participación de siete familiares, en este caso llegó una familiar por pedido de las compañeras ya que le explicaban que las charlas le iban a servir bastante para informarse, la sesión terminó a las 11h45. Se inició con la intervención de la Lcda. Liaguno, quien explicó el trabajo de los terapeutas ocupacionales y la importancia de la implicación de la familia en toda tarea que se aprende en la terapia. En este caso la terapeuta participó durante todo el trabajo grupal, para los integrantes de grupo fue importante pues acotaban sobre su función cuando al paciente se le pedía que realizara alguna tarea.

Una dificultad que se presentó en aquella reunión fue el de uno de los casos relatado por la esposa del paciente del área se mantuvo en una queja constante sin escuchar las soluciones factibles para su caso, se puede evidenciar que ella llegó para poder desahogarse y no aprehender algo del tema tratado, por tal razón se tuvo que proponer a la participante trabajar en la consulta fuera del grupo para que así hable más de aquello que la aquejaba.

En general y pese a la dificultad presentada por aquella miembro de grupo, se pudo trabajar con los pacientes en relación al tema planteado y que ellos encontrarán en las experiencias de los otros las alternativas posibles para ayudarlos en caso de perder la memoria, cambios de conducta y falta e cooperación en los ejercicios y tareas para el hogar.

Sesión #3:

Durante esta sesión hubo la participación de cinco familiares, se empezó a las 10h50 y culminó a las 11h40. Hubo dos mujeres que se mantuvieron en todas las sesiones grupales y pudieron hablar de sus experiencias e incluso aconsejar a los demás pues ya tenía algún tiempo asistiendo junto a su allegado a la rehabilitación física.

En otros de los familiares era la primera vez que asistieron a la reunión de grupo pero después de escuchar las experiencias de todos pudieron hablar, al menos el hijo del paciente del área comentando cómo un descuido en la salud y la negligencia de otros médicos pudo ser tan importante en la vida de su familia que implicó cambios en sus propios estilos de vida, pero por el paciente lo hacen, de este caso se pudo extraer cómo en ciertos casos los familiares pueden dejar la queja constante sobre lo sucedido y buscan soluciones por el beneficio del paciente, así se evidenció en el caso de otra mujer relatando que a pesar de lo que todos le decían cómo debía tratar a su esposo, fue su carácter y su firme decisión de ser estricta con él en sus horarios y en sus actividades, enseñándole todo lo que debía de hacer, que su esposo pudo salir adelante y ahora la ayuda en la atención a sus hijos.

En general, para concluir hay familiares que logran obstaculizar el trabajo de los terapeutas, pues al no respetar las indicaciones que estos les dan para que continúen en casa, se pierde el trabajo realizado en el día en que se asiste al área de rehabilitación física; esta imposibilidad de los familiares puede deberse a múltiples razones que pueden ir desde sus temores al ser "muy fuertes" con ellos y provocarles algo peor de lo que les ha pasado o por no buscar una salida a los conflictos que se pueden presentar a diario con el paciente, hay un desconocimiento parcial sobre el estado físico del discapacitado por lo tanto se

generan tantas ideas e inquietudes sobre su función como familiares y agentes coexistentes de la rehabilitación física.

Así también se pueden presentar en otros en los que la prioridad se vuelve el imposibilitado físico y la vida tendrá que girar en torno a las necesidades de este pero siempre manteniendo un límite entre lo que se puede hacer sin llegar a hacerlo todo por el paciente, hay un deseo más intenso de que el paciente se rehabilite por lo que se busca todas las alternativas que le permitan realizar sus terapias y controles médicos regularmente, de esta forma el paciente logra salir adelante y culminar satisfactoriamente su proceso de rehabilitación y a pesar de no estar muy preparado para los nuevos avatares de la vida que se le puedan presentar, podrá contar con el apoyo de sus seres queridos, su familia.

cl (12)



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL REGIONAL DR. TEODORO MALDONADO GARBO
CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y REHABILITACIÓN**

Guayaquil: Av. 25 de Julio (Vía Puerto Marítimo) teléfono: 042430608

A QUIEN INTERESE.

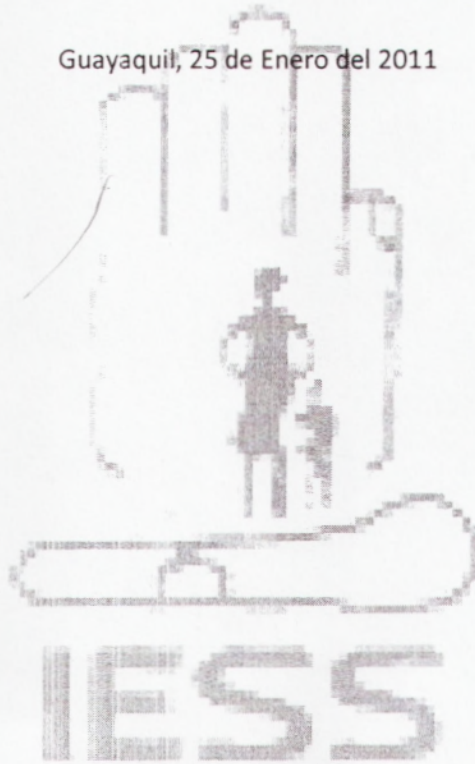
Certifico que la Señorita Maria José Ormaza Melendro de CI No 0920113271, ha hecho su pasantía en el área de Rehabilitación desde el 21 de Mayo del 2010 hasta el 28 de Enero del 2011, los días Martes, Jueves, Viernes, demostrando capacidad, conocimientos, carisma en el desempeño de sus funciones.

Atentamente,

J. JUAN ANTONIO VILLALBA
JEFE DE SERVICIO
MEDICINA FÍSICA

Guayaquil, 25 de Enero del 2011

2011



Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Carrera de Psicología Clínica

Practicante: Ma. José Ormaza Melendro

Guayaquil, 26 de enero, 2010.

Informe Final

El propósito de este informe final es dar cuenta de la labor desempeñada desde el 21 de mayo del 2010 hasta el 28 de enero del 2011 como practicante de psicología clínica en el Área de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital regional del IESS "Teodoro Maldonado Carbo" de Guayaquil.

Durante el período de prácticas se atendieron a 31 pacientes del Área de Rehabilitación, 16 familiares de los pacientes y 6 pacientes de diferentes áreas del hospital que eran referidos por la terapeuta física de piso, en total se brindó el servicio de psicología a 53 personas.

La metodología que se utilizó durante las entrevistas clínicas fue la psicoterapia con orientación analítica en pacientes que eran derivados para que lograran poner en palabras las molestias que podían vivir por los nuevos cambios en su vida a los cuales debían adaptarse, trabajar cómo el paciente tenía la expectativa de volver a ser "el de antes" a pesar de que el pronóstico médico no era favorable para ese sujeto por lo cual se orientaba la cura hacia la implicación del paciente en su limitación física, así también se acercaban algunas personas a pedir una consulta con la finalidad de poder hablar de aquello que les estaba causando malestar o las inquietudes que tenían por no saber qué esperar de sus familiares que ahora padecían de alguna discapacidad y en otros casos donde se llegaban con un

12

con un temor por no saber qué hacer ahora que volvía a reincorporarse a sus actividades diarias; en los pacientes de piso se trabajó con terapias de apoyo con el fin de que pudieran hablar sobre la enfermedad que padecían mientras estaban internos en el hospital, así como las secuelas físicas que les imposibilitaba realizar distintas tareas; también se trabajó en los pacientes en general sobre problemáticas que emergían ya sea por su trabajo o por su grupo familiar y que les permitía a esos sujetos ser escuchados y poder así resolver en ese momento el problema que les aquejaba. Se utilizaron técnicas de asociación libre, entrevistas semidirigidas y dirigidas en las cuales fue el discurso del paciente el hilo conductor del tratamiento; también se realizaron tres sesiones de Grupo Operativo con familiares de los pacientes y el apoyo de la terapistas física y ocupacional; finalmente para complementar el trabajo con los pacientes del área más allá de las entrevistas individuales se realizaron observaciones a ciertos pacientes para comprender de mejor manera el grado de implicación en la rehabilitación física con el fin de poder orientar la terapia psicológica en función de que el paciente pueda asumir su discapacidad como una limitación física y no limitación de su vida.

Entre las dificultades presentadas en mi labor como psicóloga clínica, considero como principales la voluntad del paciente para recuperarse o las expectativas que tenían sobre su enfermedad pues en algunos casos los pacientes dejaban de asistir a las terapias o no realizaban los ejercicios adecuadamente porque esperaban "volver a ser como antes" por un "milagro divino" o la negación sobre su enfermedad lo que ocasionaba un rechazo hacia todo lo relacionado con su impedimento físico, enfermedad o lesión neurológica; de igual forma se presentaron casos donde la rehabilitación física de un paciente no era prioridad de

ese familiar, por lo cual fueron derivados a consulta psicológica por no cooperar con el proceso mientras que en otros familiares se presentaba todo lo contrario, siendo estos familiares los que obstaculizaban el tratamiento en el paciente porque hacían todo por el paciente y no permitían que este aprendiera a ser independiente.

En el tratamiento psicológico se abordaron diferentes problemáticas que giraban en torno a una frase "ser como era antes", los pacientes, a pesar de asumir su limitación física, en las diferentes sesiones se pudo percibir que cada uno hablaba de los cambios a realizar en su vida y simultáneamente comentaban sus proyectos de vida en la que esperaban realizar actividades como antes realizaban, esto daba la pauta para dirigir las entrevistas hacia el saber hacer con aquella limitación o enfermedad que padecían, es decir que a pesar de la lesión orgánica, el paciente pueda tener la oportunidad de vivir una vida de calidad, siendo independiente para realizar sus actividades o su trabajo anterior teniendo en cuenta sus posibilidades.

Las sesiones de Grupo operativo con los familiares se realizaron con el propósito de que con las charlas impartidas por las terapistas del área cada uno de miembros de grupo pudieran hablar de su propia experiencia a partir del tema planteado al inicio de la sesión y así entre todos los participantes pudieran aprehender algo sobre la experiencia de los otros e integrarlo en su vida.

A manera de conclusión, por medio de todas las herramientas brindadas en mi formación como psicóloga clínica y el apoyo de todos los miembros del Área de Rehabilitación Física pude desempeñar mi función como Psicóloga Clínica partiendo de las necesidades del paciente y la realización de cada una de sus terapias, comprendiendo que cada una de las personas atendidas en esta área

tienen la oportunidad de vivir una vida de calidad en la que a pesar de la disfuncionabilidad orgánica, la rehabilitación será una etapa de aprendizaje sobre el cómo hacer con aquella dificultad física a diario, pero mientras la medicina atiende lo físico de la persona, habrá algo que escapará del alcance médico y que se mostrará como un sufrimiento, es en ese preciso momento en el que se ofrece un espacio de palabra y el trabajo del psicólogo será permitirle hablar para que este sujeto se implique en su sufrimiento y se haga cargo de ello logrando encontrar una salida diferente a la simple queja, y pueda responder ante los desafíos que se le presentará en esta nueva etapa de su vida, es decir su vida después de la rehabilitación.

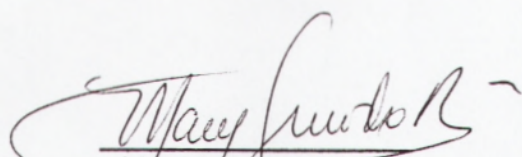
HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO"
GUAYAQUIL

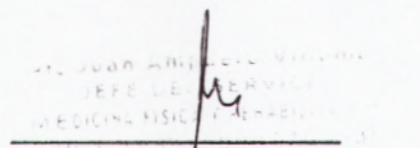
Área de Medicina Física y Rehabilitación

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Ma. José Ormaza Melendro

Asistencia mes de Mayo:

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
21-05-2010	08:00	12:15	Presentación del área	M. José Ormaza
25-05-2010	08:00	12:00	Atención de pacientes	M. José Ormaza
27-05-2010	08:30	12:00	Atención de pacientes	M. José Ormaza
28-05-2010	08:30	12:00	Atención de pacientes	M. José Ormaza


Lic. Mery Jurado
Terapeuta Física


Dr. Juan Ampuero
Jefe del Servicio de Medicina
física y rehabilitación

**HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO"
GUAYAQUIL**

Área de Medicina Física y Rehabilitación

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Ma. José Ormaza Melendro

Asistencia mes de Junio:

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
01-06-2010	08:00	12:15	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
03-06-2010	08:00	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
04-06-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
08-06-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
10-06-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
11-06-2010	08:30	12:10	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
15-06-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
17-06-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
18-06-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
22-06-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
24-06-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>
25-06-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M</i>
29-06-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M</i>

Mery Jurado
Lic. Mery Jurado
Terapeuta Física

Juan Ampuero
Dr. Juan Ampuero
Jefe del Servicio de Medicina
física y rehabilitación

**HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO"
GUAYAQUIL**

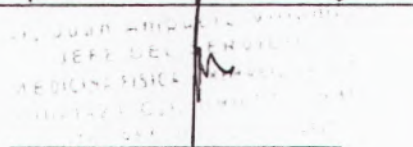
Área de Medicina Física y Rehabilitación

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Ma. José Ormaza Melendro

Asistencia mes de Julio:

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
01-07-2010	09:00	12:20	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
02-07-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
06-07-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
08-07-2010	08:45	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
09-07-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
13-07-2010	08:30	12:10	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
15-07-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
16-07-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
20-07-2010	08:40	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
22-07-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
23-07-2010	08:40	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
27-07-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
29-07-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
30-07-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>

Mery Jurado
Lic. Mery Jurado
Terapeuta Física


 Dr. Juan Ampuero
 Jefe del Servicio de Medicina
 física y rehabilitación

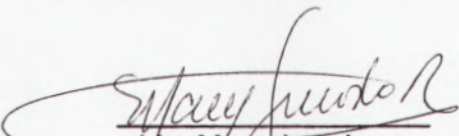
**HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO"
GUAYAQUIL**

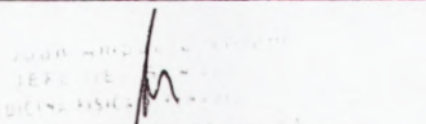
Área de Medicina Física y Rehabilitación

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Ma. José Ormaza Melendro

Asistencia mes de Agosto:

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
03-08-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
05-08-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
06-08-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
10-08-2010	08:40	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
12-08-2010	08:30	11:45	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
13-08-2010	08:35	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
17-08-2010	08:40	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
19-08-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
20-08-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
24-08-2010	08:45	12:05	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
26-08-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
27-08-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
31-08-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>


 Lic. Mery Jurado
 Terapeuta Física


 Dr. Juan Ampuero
 Jefe del Servicio de Medicina física y rehabilitación

**HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO"
GUAYAQUIL**

Área de Medicina Física y Rehabilitación

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Ma. José Ormaza Melendro

Asistencia mes de Septiembre:

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
02-09-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
03-09-2010	08:20	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
07-09-2010	08:30	12:05	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
09-09-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
10-09-2010	08:40	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
14-09-2010	08:45	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
16-09-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
17-09-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
21-09-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
23-09-2010	08:30	11:50	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
24-09-2010	08:15	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
28-09-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
30-09-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>

Mery Jurado
Lic. Mery Jurado
Terapeuta Física

JEFE DEL SERVICIO
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
Juan Ampuero
Dr. Juan Ampuero
Jefe del Servicio de Medicina
física y rehabilitación

**HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO"
GUAYAQUIL**

Área de Medicina Física y Rehabilitación

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Ma. José Ormaza Melendro

Asistencia mes de Octubre:

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
01-10-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M.</i>
05-10-2010	08:00	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M.</i>
07-10-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M.</i>
08-10-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M.</i>
12-10-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M.</i>
14-10-2010	08:30	12:15	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M.</i>
15-10-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M.</i>
19-10-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M.</i>
21-10-2010	08:45	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M.</i>
22-10-2010	08:40	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M.</i>
26-10-2010	08:30	12:30	Atención a pacientes	<i>Ma José Ormaza M.</i>
28-10-2010	08:20	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M.</i>
29-10-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Ma José Ormaza M.</i>

Mery Jurado
Lic. Mery Jurado
Terapeuta Física

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
 JEFE DEL SERVICIO DE
 MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
 HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO"
 GUAYAQUIL

Dr. Juan Ampuero
Jefe del Servicio de Medicina
física y rehabilitación

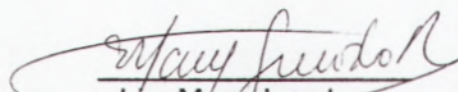
**HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO"
GUAYAQUIL**

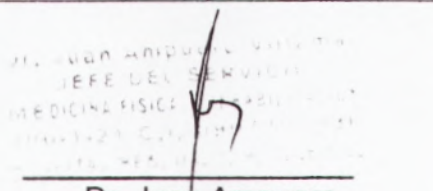
Área de Medicina Física y Rehabilitación

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Ma. José Ormaza Melendro

Asistencia mes de Noviembre:

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
02-11-2010			Feriado	<i>Mp José Ormaza M</i>
04-11-2010			Vacaciones de la practicante	<i>Mp José Ormaza M</i>
05-11-2010			Vacaciones de la practicante	<i>Mp José Ormaza M</i>
09-11-2010			Vacaciones de la practicante	<i>Mp José Ormaza M</i>
11-11-2010			Vacaciones de la practicante	<i>Mp José Ormaza M</i>
12-11-2010			Vacaciones de la practicante	<i>Mp José Ormaza M</i>
16-11-2010	08:15	12:00	Atención a pacientes	<i>Mp José Ormaza M</i>
18-11-2010	08:10	11:50	Atención a pacientes y familiares	<i>Mp José Ormaza M</i>
19-11-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Mp José Ormaza M</i>
23-11-2010	08:10	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Mp José Ormaza M</i>
25-11-2010	08:10	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Mp José Ormaza M</i>
26-11-2010	08:30	12:10	Atención a pacientes y familiares	<i>Mp José Ormaza M</i>
30-11-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>Mp José Ormaza M</i>


Lic. Mery Jurado
Terapeuta Física


Dr. Juan Ampuero
Jefe del Servicio de Medicina física y rehabilitación

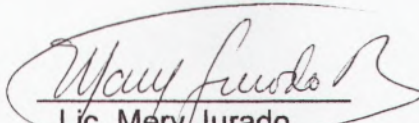
**HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO"
GUAYAQUIL**

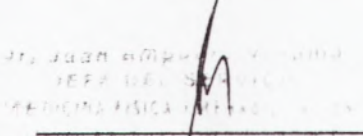
Área de Medicina Física y Rehabilitación

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Ma. José Ormaza Melendro

Asistencia mes de Diciembre:

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
02-12-2010	08:45	12:15	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
03-12-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
07-12-2010	08:30	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
09-12-2010	08:45	12:00	Atención a pocos pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
10-12-2010	08:45	12:00	Atención a pocos	<i>M. José Ormaza M.</i>
14-12-2010	08:30	12:10	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
16-12-2010	08:45	12:00	Atención a pocos pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
17-12-2010			Fiesta de Navidad para los pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
21-12-2010	09:00	11:30	Atención a pocos pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
23-12-2010	09:10	11:45	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
24-12-2010	09:30	11:00	Atención a pocos pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
28-12-2010	09:30	11:00	Atención a pocos pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
30-12-2010	09:00	11:00	Atención a pocos pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
31-12-2010			Feriado	<i>M. José Ormaza M.</i>


Lic. Mery Jurado
Terapeuta Física


Dr. Juan Ampuero
Jefe del Servicio de Medicina física y rehabilitación

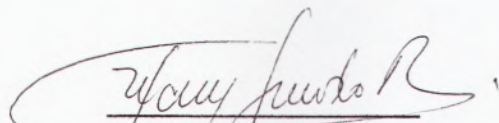
**HOSPITAL REGIONAL DEL IESS "TEODORO MALDONADO CARBO"
GUAYAQUIL**

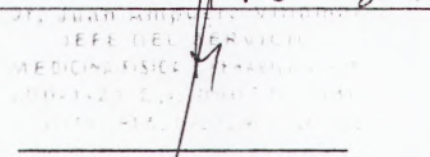
Área de Medicina Física y Rehabilitación

Practicante de Psicología Clínica de la UCSG: Ma. José Ormaza Melendro

Asistencia mes de Enero:

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	ASUNTO	FIRMA
04-01-2011	08:00	12:15	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
06-01-2011	08:00	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
07-01-2011	09:00	11:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
10-01-2011	08:40	12:00	Atención a pacientes y trabajos con estudiantes de 8vo. ciclo	<i>M. José Ormaza M.</i>
11-01-2011	09:00	12:00	Atención a pacientes y trabajos con estudiantes de 8vo. ciclo	<i>M. José Ormaza M.</i>
12-01-2011	09:00	12:00	Atención a pacientes y trabajos con estudiantes de 8vo. ciclo	<i>M. José Ormaza M.</i>
13-01-2011	09:00	12:00	Atención a pacientes y trabajos con estudiantes de 8vo. ciclo	<i>M. José Ormaza M.</i>
14-01-2011	08:30	12:25	Atención a pacientes y trabajos con estudiantes de 8vo. ciclo	<i>M. José Ormaza M.</i>
18-01-2011	09:00	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
20-01-2011	09:00	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
21-01-2011	09:00	12:00	Atención a pacientes y familiares	<i>M. José Ormaza M.</i>
25-01-2011	09:00	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
27-01-2011	09:00	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>
28-01-2011	09:30	12:00	Atención a pacientes	<i>M. José Ormaza M.</i>


 Lic. Mery Jurado
 Terapeuta Física


 Dr. Juan Ampuero
 Jefe del Servicio de Medicina física y rehabilitación

INFORME ESTADÍSTICO DEL SERVICIO AMBULATORIO Y REHABILITACIÓN

No.	Nombre Del Paciente	Edad	Diagnóstico Médico	Motivo De Consulta	Diagnóstico Psicológico	Trabajo Realizado
1	Pedro Alava	46	Hemiplejía izquierda por Traumatismo Cráneo Encefálico	Temor de volver a salir a la calle solo	Neurosis Masculina Histérica	Psicoterapia con orientación analítica
2	Jhonny Morán			Paciente derivado a SOLCA		
3	Dora Yaguno					
4	Santiago Canelo	32	Traumatismo Cráneo Encefálico por accidente de tránsito	No colabora con la rehabilitación física	Neurosis	Psicoterapia con orientación analítica
5	Alfonso Manzo	72	Hemiplejía derecha por derrame cerebral	Concientización de su discapacidad	Neurosis Obsesiva	Psicoterapia con orientación analítica
6	Julio Mendoza	63	Hemiplejía izquierda a causa de un derrame cerebral	Concientización de su discapacidad	Neurosis	Psicoterapia de Emergencia
7	Manuel Calderón	60	Cuadriparesia por Traumatismo Cráneo Encefálico (Hernia cervical C3-C4)	Se encuentra deprimido por su estado físico	Neurosis Obsesiva	Psicoterapia con orientación analítica
8	Luis Morán	26	Paraplejía por accidente de tránsito	Se encuentra deprimido por no poder ser como antes	Neurosis Obsesiva	Psicoterapia con Orientación Analítica
9	Carlos Rivera	54	Esclerosis Múltiple	Concientización de la enfermedad	Neurosis Obsesiva	Psicoterapia de Emergencia
10	Angel Vera	70	Derrame cerebral por olvido de pastilla para la presión, hemiplejía izquierda secuelear	Concientización de la enfermedad	Neurosis	Psicoterapia con orientación analítica
11	Benigno Maldonado	71	Hemiplejía por trombosis	Concientización de la rehabilitación física y su discapacidad	Neurosis	Psicoterapia con orientación analítica
12	Grace Canelo	40		Hermana de Santiago Canelo	Neurosis Histérica	Psicoterapia con orientación analítica
13	Washington Fernández	67	Esclerosis Lateral Amiotrófica	Se encuentra interno en el hospital desde el pasado mes de diciembre y no logra dejar de utilizar el respirador artificial	Neurosis Obsesiva	Psicoterapia con orientación analítica

14	Consuelo Coello	48	Hemiplejía por derrame cerebral	Concientización de su discapacidad	Neurosis Histérica	Psicoterapia con orientación analítica
15	Alexandra Murga	38	Hemiplejía a causa de accidente	Consulta porque se siente deprimida	Neurosis Histérica	Psicoterapia con orientación analítica
16	Antonietta Suárez	58		Consulta por no poder soportar más el estado de su esposo	Neurosis Histérica	Psicoterapia con orientación analítica
17	Evelyn Gómez	24	Presenta convulsiones sin origen orgánico	Es derivada por el neurólogo al presentar una "pseudocrisis"	Neurosis Histérica	Psicoterapia con orientación analítica
18	Roberto Contreras	43	Hernia a causa de accidente laboral	El paciente es derivado porque se encuentra muy deprimido por no contar con el apoyo de su familia	Neurosis	Psicoterapia con Orientación Analítica
19	Eddy Vásquez	19	Amputación de brazo derecho por accidente laboral	Es derivado porque se encuentra deprimido pro haber perdido su brazo	Neurosis	Psicoterapia de Emergencia
20	Carlos Solís	57	Hernia discal en la L5 y S1	Es derivado porque padece de un dolor crónico que no ha podido ser disminuido pese a las terapias físicas	Neurosis	Psicoterapia con orientación analítica
21	Juan Barragán	38	Infarto cerebral	Es derivado por la terapeuta porque el paciente se encuentra deprimido	Neurosis	Psicoterapia de Apoyo
22	Pilar Puno	45		Esposa del Sr. Alfonso Manzo	Neurosis Histérica	Psicoterapia con Orientación Analítica
23	Isaura Infante	72	Hemiplejía por derrame cerebral	Es derivada porque durante la terapia física grita que no la dejen sola	Neurosis	Psicoterapia de Apoyo
24	Víctor Robayo	60	Coxalgiá	Derivado por la terapeuta física porque no ha asistido a rehabilitación física a partir de su accidente hace diez años	Neurosis Obsesiva	Psicoterapia con orientación analítica
25	Freddy Mora	50		Esposo de la Sra. Consuelo Coello	Neurosis Masculina	Psicoterapia con orientación analítica
26	Stefany García	19		Consulta porque su padre la	Neurosis histérica	Psicoterapia con

27	María Vélez	45	Neuro Lupus	maltrata físicamente Se encuentra deprimida porque piensa que se va a morir y no quiere separarse de su esposo	Neurosis	orientación analítica de Psicoterapia Apoyo
28	Martha Arias	48	Hemiplejía por infarto cerebral	Se encuentra deprimida por no poder trabajar más	Neurosis histérica	Psicoterapia con orientación analítica
29	Natalia Astudillo	63		Consulta porque se siente triste por no poder contar con el apoyo de su esposo a causa de su derrame cerebral	Nurosis Histérica	Psicoterapia con orientación analítica
30	Freddy García	50	Hemiparesia por derrame cerebral	Trabajar en relación a su hija quien lo ha acusado de maltrato	Neurosis	Psicoterapia con orientación analítica
31	Ambrosio Vélez	74	Polineuropatía diabética, infarto cerebral derecho y hemiparesia izquierda secuelar (3 años)	Trabajar las relaciones familiares pues es muy dependiente de su ellos.	Neurosis	Terapia de orientación analítica
32	Carlos Vélez	35		Sobrino de Sr. Vélez	Neurosis	Psicoterapia de Apoyo
33	Mariuxi Reyes	16	Lupus	Se encuentra deprimida y desea regresar a su casa	Neurosis Histérica	Psicoterapia de Apoyo
34	Andrés Reyes	58		Padre de Marluxi Reyes	Neurosis	Psicoterapia de Apoyo
35	Gabriel Villegas					
36	José Castro	40	Esclerosis lateral Amiotrófica	Se encuentra deprimido y desorientado al enterarse de su enfermedad hace tres meses	Neurosis	Psicoterapia de Apoyo
37	Héctor Andrade	57	Derrame cerebral	No puede volver a trabajar por un periodo de seis mese y se encuentra preocupado por la economía en casa	Neurosis	Psicoterapia de Emergencia
38	Marcia Piguave	40		Esposa del sr. Villamar	Neurosis	Psicoterapia de Emergencia
39	Cecilia Calderón	32		Hija del Sr. Calderón	Neurosis Histérica	Psicoterapia con orientación analítica

40	María Arana	45	Neuromielitis óptica	Se encuentra deprimida por no poder trabajar y atender a su familia	Neurosis	Psicoterapia Emergencia	de
41	Cecilia Macías	58		Esposa del Sr. Manuel Calderón	Neurosis Histérica	Psicoterapia con orientación analítica	con
42	Alex Espinoza	43	Hemorragia Cerebral, hemiplejía derecha secuelear y afasia	Es derivado porque no coopera durante la terapia física	Neurosis	Psicoterapia de Apoyo	de
43	Virginia Banchón	44		Esposa del Sr. Alex Espinoza	Neurosis Histérica	Psicoterapia con orientación analítica	con
44	José Barredo	56	Infarto cerebral, hemiplejía izquierda	Derivado por la terapeuta física por estar deprimido a causa del fallecimiento de su esposa hace tres meses	Neurosis	Psicoterapia de Apoyo	de
45	Vicente Haz	35	Esclerosis Lateral Amiotrófica	Es derivado porque no se presenta ningún familiar a la rehabilitación	Neurosis	Psicoterapia de Apoyo	de
46	Alexandre Espinoza	6		Hijo del Dr. Espinoza	Neurosis	Psicoterapia con orientación analítica	con
47	Rogelio Coello	56	Cardiopatía, Hemiplejía derecha	Derivado por la terapeuta física porque debe ser sometido a operación y el paciente no lo ha autorizado	Neurosis	Psicoterapia de Apoyo	de
48	Dario Zúñiga	36	Infarto Cerebral, hemiparesia derecha, afasia	El paciente pide consulta porque siente temor de volver al trabajo y que le vuelva a dar un infarto cerebral	Neurosis Obsesiva	Psicoterapia con orientación analítica	con
49	Jessica Mora	25		La paciente consulta porque últimamente siente que no puede manejar su mal carácter y teme que esto le suceda en el trabajo	Neurosis	Psicoterapia de Apoyo	de
50	Mary Hernández			La paciente es derivada a consulta porque su hijo fue diagnosticado con VIH y se	Neurosis Histérica	Psicoterapia con Orientación Analítica	con

51	Ana Encalada	72			muestra angustiada ante la noticia	Neurosis Histérica	Psicoterapia Apoyo	de
52	Ana González Burneo	60	Neumonía, deficiencia renal (paciente cardioracico)		Pide consulta porque está preocupada por su hijo quien acaba de recibir diagnóstico de una enfermedad neurológica degenerativa. La paciente es derivada por la terapeuta física de piso porque nota a la señora ansiosa y preocupada por su estado de salud pues desea mejorar para volver a caminar y salir del hospital.	Neurosis	Psicoterapia Apoyo	de