

2013

# CAPITULO 09

## MODULO DE PSICOLOGIA

V.01.



Ministerio de Salud de la Nación  
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
Sub Secretaria de Gestión de Servicios Asistenciales  
Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur  
Mar del Plata





## Índice de contenidos

<b>1. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>2. Objetivos y métodos de abordajes psicológicos</b>	<b>5</b>
2.1 Objetivos generales	5
2.2 Objetivos específicos	5
2.3 Abordaje psicológico	5
<b>3. Actividades de diagnóstico</b>	<b>8</b>
3.1 Evaluaciones	8
3.1.1 Entrevistas	8
3.1.2 Test utilizados	9
<b>4. Intervenciones terapéuticas</b>	<b>9</b>
<b>5. Seguimiento y control</b>	<b>11</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>12</b>
<b>Anexo</b>	<b>15</b>



## GUIA DE INTERVENCIÓN PARA LA ATENCION PSICOLOGICA DE LA PERSONA CON LESIÓN MEDULAR

### 1. Introducción

En el presente protocolo se toma como referencia el concepto de Elliot y Frank<sup>1</sup> quienes refieren: “las teorías actuales sobre la adaptación a la LM, adoptan una perspectiva biopsicosocial que tenga en cuenta los efectos interactivos entre los parámetros de la discapacidad, los estresores psicosociales y los factores del binomio persona- ambiente. Ello permitiría explicar las diferencias individuales, predecir la depresión y otros indicadores de dicha adaptación”.

Asimismo, se toma como referencia un artículo de Carlos Egea García y Alicia Sarabia Sánchez<sup>2</sup> sobre la clasificación que la Organización Mundial de la Salud realiza sobre Discapacidad:... “Puesto que la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones psicológicas e intelectuales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive), ello da pie para sugerir la imposibilidad de crear un lenguaje transcultural común para las tres dimensiones de la discapacidad. Y ello también porque no sólo las experiencias individuales de discapacidad son únicas, sino porque las percepciones y actitudes hacia la discapacidad son muy relativas, ya que están sujetas a interpretaciones culturales que dependen de valores, contexto, lugar y tiempo sociohistórico, así como de la perspectiva del estatus social del observador”...

---

<sup>1</sup> García, C; L. La perspectiva de género en el proceso de adaptación a la lesión medular. Tesis doctoral. Dpto. de Psicología.2006.Univ. Oviedo.

<sup>2</sup> García, C.E; Sánchez, A.S. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad - Boletín del RPD. - sld.cu [artículo en línea] 2001.



El abordaje terapéutico temprano de la persona con lesión medular, aún en el período sub-agudo, contribuye a rescatar al paciente de sus síntomas y a prevenir la desestructuración de la personalidad, focalizando en el impacto psicológico post traumático.

Se trabaja en relación al proceso de adaptación a la discapacidad física, teniendo en cuenta las variables psicológicas intervinientes: aspectos actitudinales del paciente, configuraciones vinculares, aspectos afectivo-emocionales, aspectos cognitivos, hábitos, mecanismos defensivos que subyacen al diagnóstico, estructura de base, estilos de personalidad.

INAREPS



## 2. Objetivos y métodos de abordajes psicológicos

### 2.1 Objetivos generales

- Abordar el tratamiento psicológico para el logro de la resignificación del proyecto de vida a partir de la nueva manera de estar en el mundo.
- Activar los recursos psicológicos pre-mórbidos para maximizar las capacidades remanentes.
- Identificar y resguardar los vínculos familiares para disminuir el impacto que la discapacidad pueda generar en la dinámica familiar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2.3 ABORDAJE PSICOLÓGICO
<p><b>2.2.1</b> Evaluar psicológicamente estructura de base, rasgos de personalidad y mecanismos de defensa del paciente con LM</p>	<p><b>2.3.1</b> Evaluación diagnóstica: entrevistas (abierta y semi-estructurada), administración de instrumentos válidos: Exploración de defensas pre-mórbidas, útiles para contener la angustia, Inventario de Depresión de Beck, Yesavage y cols.</p>
<p><b>2.2.2</b> Crear un vínculo terapéutico que favorezca la transferencia.</p> <p><b>2.2.3</b> Centrar la psicoterapia en función del contenido de la problemática comunicada por la persona con LM.</p> <p><b>2.2.4</b> Privilegiar la indemnidad de la persona.</p>	<p><b>2.3.2</b> Psicoterapia individual con objetivos focalizados a su problemática actual durante el proceso de rehabilitación.</p> <p><b>2.3.3</b> Búsqueda de núcleos motivacionales</p>
<p><b>2.2.5</b> Considerar los tiempos en la</p>	<p><b>2.3.4</b> Dentro de la psicoterapia</p>



<p>instrumentación de los mecanismos defensivos</p>	<p>individual, retomar la palabra del paciente, sin influenciar al mismo aunque se descubra el uso de una defensa mal instrumentada. La importancia de respetar los tiempos defensivos brindará a la persona la oportunidad para que la información sea procesada a un ritmo adecuado.</p>
<p><b>2.2.6</b> Mejorar el posicionamiento frente a la enfermedad y sus secuelas.</p> <p><b>2.2.7</b> Atender a las reacciones emocionales derivadas de la lesión.</p> <p><b>2.2.8</b> Promover la aceptación de la discapacidad residual</p>	<p><b>2.3.5</b> Acompañamiento terapéutico, apoyo y contención emoción</p>
<p><b>2.2.9</b> Valorar la subjetividad de la pérdida (significado personal de la discapacidad).</p> <p><b>2.2.10</b> Promover la revalorización de las capacidades remanentes.</p> <p><b>2.2.11</b> Reestructurar el proyecto personal vital desde la nueva manera de estar en el mundo.</p> <p><b>2.2.12</b> Orientar (más que direccionar) hacia la adaptación a la realidad de la LM.</p>	<p><b>2.3.6</b> El psicólogo a partir de la escucha, la interpretación y la intervención en tanto devolución de significantes, trabajará en conjunto con el paciente para la comprensión de cada significado.</p>
<p><b>2.2.13</b> Considerar las etapas de: Negación, Protesta, Depresión y Adaptación.</p>	<p><b>2.3.7</b> Elaboración del duelo por el cuerpo perdido.</p>



<p><b>2.2.14</b> Abordar las problemáticas psicosociales que pudieran manifestarse</p>	<p><b>2.3.8</b> Acompañamiento de la evolución de cada etapa, sabiendo que las mismas pueden alternarse con una modalidad de estancamiento, avance y retroceso</p> <p><b>2.3.9</b> Trabajo de reflexión sobre nuevas posibilidades según la potencialidad actual</p>
<p><b>2.2.15</b> Acompañar el proceso de inserción socio familiar y laboral, teniendo en cuenta los posibles cambios de roles y funciones dentro de la dinámica familiar</p>	<p><b>2.3.10</b> Tratamiento grupal, familiar y de pareja. Identificación de tipo de familia.</p> <p><b>2.3.11</b> Esclarecimiento de roles previos y actuales. Resignificación del vínculo de pareja.</p> <p><b>2.3.12</b> Acompañamiento y orientación en la inserción a grupos de referencia, tanto sociales como laborales</p>
<p><b>2.2.16</b> Propiciar la adquisición de conductas de autocuidado.</p> <p><b>2.2.17</b> Fomentar las conductas de independencia</p>	<p><b>2.3.13</b> Encuadre grupal informativo y reflexivo.</p> <p><b>2.3.14</b> Otorgamiento de manuales explicativos de autocuidado</p>



### 3. Actividades de diagnóstico

#### 3.1 Evaluaciones

Se utilizan diferentes instrumentos de evaluación: Entrevistas, test proyectivos, test psicométricos y cognitivos.

A través de estos instrumentos se evalúa: personalidad previa, conciencia de enfermedad y modificación vital, manejo defensivo, grado de amplitud o restricción yoica, modelo personal y familiar de elaboración de duelos, nivel de tolerancia a la frustración, reseña de situaciones significantes presentes y pasadas, manejo de la angustia, tipo de ansiedad predominante, sintomatología asociada, grado de consolidación de la identidad, autonomía y dependencia, regulación de autoestima, modalidad de funcionamiento intelectual, grado de simbolización, capacidad de insight, evaluación de la dinámica familiar: roles, grado de continencia, modelo de comunicación, actitud familiar frente a los cambios, a la enfermedad y al enfermo.

##### 3.1.1 Entrevistas

**Entrevista de evaluación:** Se realiza mediante un encuentro de una hora o más en caso de ser necesario.

##### 3.1.1.1 Tipos de entrevista:

- **Entrevista abierta:** La entrevista abierta consiste en la escucha por parte del terapeuta de los emergentes que naturalmente el paciente trae, limitándose el psicólogo a indagar aspectos a los que el paciente haya hecho mención y no hubieren sido suficientemente aclarados.
- **Entrevista Semi-estructurada (Anexo 1):** En la entrevista semi-estructurada de estrategia mixta que utilizamos en el servicio de Psicología del INAREPS alternamos preguntas estructuradas con la escucha de la palabra según el emergente libre del paciente. Consta de varios ítems:





1. Datos personales de tipo social y antecedentes premórbidos.
2. Aspectos actitudinales
3. Configuraciones vinculares
4. Aspectos afectivos – emocionales
5. Aspectos cognitivos
6. Hábitos.

Cuando el paciente se muestra muy ansioso por ser escuchado, se posterga la entrevista para la próxima sesión de evaluación y se prioriza la necesidad del paciente.

La información obtenida nos orienta acerca de la estructura de personalidad previa del paciente, mecanismos de defensas útiles para sostener la integridad de la personalidad y contener la angustia ante los cambios físicos y psicológicos. Con esta información se plantean junto al paciente los objetivos de tratamiento.

### 3.1.2 Test utilizados

- Test de la figura humana de Karen Machover,
- Test de Bender de Laurretta Bender.
- *Cuestionario de Depresión de Beck (Beck Depression)*.
- Wais-III , Test de inteligencia para Adultos de Wechsler.
- *Escala de Hamilton - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)*
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage (completa)

## 4. Intervenciones terapéuticas

El abordaje terapéutico se realiza dentro del encuadre preestablecido en la última entrevista de evaluación, luego de obtener el consentimiento informado del paciente.



El espacio de sesión dura como mínimo 30 minutos, una o dos veces por semana.

Se atienden situaciones emergentes fuera del encuadre cuando la particularidad del paciente lo amerite.

- **En la primera etapa** del tratamiento (primeras 6 a 8 sesiones) se trabaja principalmente en el vínculo terapeuta – paciente con el objetivo de formar una buena alianza terapéutica en búsqueda de la transferencia positiva, que posteriormente permita el abordaje al trabajo psicoterapéutico propiamente dicho.
- **En la segunda etapa** comienza el tratamiento psicoterapéutico en el que se trabaja sobre la estructura pre-mórbida (ya detectada en la etapa de evaluación) y las defensas útiles que aparezcan y que se puedan utilizar para sostener la integridad de la personalidad. Es en este momento cuando se establecen los objetivos ya mencionados anteriormente. El tratamiento será programado en principio con una duración de 6 meses dependiendo de que se alcancen los mismos o que la externación retire al paciente a un lugar de origen lejano en cuyo caso se realiza la derivación pertinente.
- **En la última etapa** se trabaja fundamentalmente la reinserción socio-familiar y laboral como también el alta, y el paso a controles de ser posible.

Las intervenciones terapéuticas del Servicio de Psicología se realizan en diferentes modalidades sin que una sea impedimento para integrar otra. Vg. tratamiento individual y participación en grupos de reflexión e información.

Las intervenciones son:

- Tratamiento individual con una frecuencia de una o dos veces semanales (dependiendo de cada caso en particular).
- Tratamiento grupal de información y reflexión de pacientes con LM, con una frecuencia de una sesión semanal, con una duración total de seis meses.



- Tratamiento de pareja (en el caso que el lesionado se encuentre acompañado de su pareja) con una frecuencia de una sesión semanal.
- Tratamiento de grupo para familiares y cuidadores, con una frecuencia de una sesión semanal.

## 5. Seguimiento y control

Evaluación de los resultados terapéuticos: indicadores de reactivación y/o a nivel familia, pareja, trabajo, equipo, etc. Autoestima. Proyectos a futuro.

### **Tiempo empleado:**

Luego del alta se programan controles, los cuales inicialmente tienen frecuencia mensual. Posteriormente trimestral y por último se programan controles a demanda.



### Referencias bibliográficas:

Beck, A; Brown, G; Steer, R. BDI-II Inventario de Depresión de Beck. Buenos Aires Ed. Paidós. 2006

Bender, L. Test gúestático visomotor (B.G.) Usos y aplicaciones clínicas. Buenos Aires. Editorial Paidós. 2007.

Building an Effective Peer Support Program. Independent Living Research Utilization. Houston, TX: 2009.  
[http://www.ilru.org/html/publications/training\\_manuals/Peer\\_Support.pdf](http://www.ilru.org/html/publications/training_manuals/Peer_Support.pdf) [consulta 25 abril 2013]

Craig A, Tran Y, Lovas J, & Middleton J. Spinal Cord Injury and its Association with Negative Psychological States. International Journal of Psychosocial Rehabilitation; [abstract on line] 2008; **12**: 115-121.  
[http://www.psychosocial.com/IJPR\\_12/Spinal\\_Cord\\_Injury\\_Craig.html](http://www.psychosocial.com/IJPR_12/Spinal_Cord_Injury_Craig.html) [consulta 3 abril 2013]

Dean RE, Kennedy P. Measuring appraisals following acquired spinal cord injury: a preliminary psychometric analysis of the appraisals of disability. Rehabilitation psychology [abstract on line] 2009; **54**: 222-231.  
<http://psycnet.apa.org/journals/rep/54/2/222/> [consulta 5 mar 2013]

DeVivo MJ. Sir Ludwig Guttmann Lecture: trends in spinal cord injury rehabilitation outcomes from model systems in the United States: 1973-2006. Spinal cord 2007; [abstract on line] 45: 713-721.  
<http://www.nature.com/sc/journal/v45/n11/abs/3102026a.html> [consulta 25 abril 2013]

Egea García C; Saravia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad - Boletín del RPD. - sld.cu [documento en línea] 2001. Disponible en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/clasificacionesomsdiscapacidad.pdf> [consulta 3 abril 2013].

Elliott TR, Brossart D, Berry J.W., Fine P.R., Problem-solving training via videoconferencing for family caregivers of persons with spinalcord injuries: A randomized controlled trial, Behaviour Research and Therapy [abstract on line]



2008; 46:1220–1229.  
<http://people.cehd.tamu.edu/~telliott/documents/BRT%20RCT%20uncorrected%20p roof%202008.pdf> [consulta 3 abril 2013]

Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular. 1ª edición [libro en línea] 2003. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. Pág. 98. [http://ns387436.ovh.net/bitstream/handle/123456789/3220/Estrategias\\_de\\_afrontamiento\\_y\\_proceso\\_de\\_adaptacion\\_a\\_la\\_lesion\\_medular.pdf?sequence=1](http://ns387436.ovh.net/bitstream/handle/123456789/3220/Estrategias_de_afrontamiento_y_proceso_de_adaptacion_a_la_lesion_medular.pdf?sequence=1) [consulta 3 abril 2013]

Frank de Verthelyi R. Temas en evaluación psicológica. Buenos Aires. Lugar Editorial. 1997

García Carenas L. La perspectiva de género en el proceso de adaptación a la lesión medular. Tesis Doctoral. Dpto. de Psicología. Universidad de Oviedo. 2006.

Kennedy P, Evans M, Sandhu N. Psychological adjustment to spinal cord injury: the contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, health & medicine* [abstract on line] 2009; **14**: 17-33. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548500802001801> [consulta 4 mar 2013]

Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Smithson E. Appraisals, coping and adjustment pre and post SCI rehabilitation: a 2-year follow-up study. *Spinal cord* [abstract on line] 2012; **50**: 112-118. <http://www.nature.com/sc/journal/v50/n2/abs/sc2011127a.html> [consulta 3 abril 2013]

Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Smithson E. Sense of coherence and psychological outcomes in people with spinal cord injury: appraisals and behavioural responses. *British journal of health psychology* [abstract on line] 2010; **15**: 611-621. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/135910709X478222/abstract;jsessionid=76D87705F989BD0ADEAE85C8ADAB5E89.d03t03?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false> [consulta 3 abril 2013]

Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Smithson EF. Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation* [abstract on line]



2011; **92:597-602.**  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000399931000955X> [consulta 4 mar 2013]

Machover, K. Dibujo de la figura humana: un método para investigar la personalidad. En: Técnicas Proyectivas del diagnóstico psicológico. Anderson y Anderson, Madrid. Rialp. 1963.

Martínez Sagasta C. (comp.). Estandarización de Procesos Asistenciales. Calidad de Gestión Clínica. Ministerio de Salud. 2007.

Post MWM, Van Leeuwen CMC. Psychosocial issues in spinal cord injury: a review. Spinal cord [abstract on line] 2012; **50:** 382-389.  
<http://www.nature.com/sc/journal/v50/n5/abs/sc2011182a.html> [consulta 4 mar 2013]

Ramos-Brieva J.C A. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14):324-334.

Rivière, Pichón E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires. Edit. Nueva Visión.. 2009.

Rollnick S, Miller W, & Butler C. Motivational Interviewing in Health Care. New York: Guilford Press [libro on line] 2008.  
[http://books.google.es/books?id=njcm0V\\_lprEC&pg=PR4&dq=Rollnick+Miller+Butler+%2B+Motivational+Interviewing+in+Health+Care+New+York+Guilford+Press+2008&hl=es&sa=X&ei=oE1cUarHL4i30gGr7oDgBw&ved=0CEwQ6AEwBA#v=onepage&q=Rollnick%20Miller%20Butler%20%2B%20Motivational%20Interviewing%20in%20Health%20Care%20New%20York%20Guilford%20Press%202008&f=false](http://books.google.es/books?id=njcm0V_lprEC&pg=PR4&dq=Rollnick+Miller+Butler+%2B+Motivational+Interviewing+in+Health+Care+New+York+Guilford+Press+2008&hl=es&sa=X&ei=oE1cUarHL4i30gGr7oDgBw&ved=0CEwQ6AEwBA#v=onepage&q=Rollnick%20Miller%20Butler%20%2B%20Motivational%20Interviewing%20in%20Health%20Care%20New%20York%20Guilford%20Press%202008&f=false)  
[consulta 3 abril 2013]

Wechsler D: Wais-III, Test de inteligencia para Adultos. Buenos Aires. Ed. Paidós. 2002

Yesavage, J. & Brink, T. L. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17, 37-49.



2013 – Año del Bicentenario de la Asamblea  
General Constituyente de 1813



MINISTERIO DE SALUD  
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
PSICOFÍSICA DEL SUR  
"Dr. Juan Otimio Tesone"

## **ANEXOS**

Modelo de planilla de entrevista semi- estructurada.

INAREPS



### **SERVICIO DE PSICOLOGÍA – ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

**APELLIDO Y NOMBRES:** ..... **H.C. N°** .....

**Fecha:**...../...../..... **Fecha de Nacimiento:** ...../...../..... **Edad:** .....

**Lugar de Origen:** .....

**Actividad Laboral Previa:** .....

**Fecha de Internación:** ...../...../..... **Diagnóstico:** .....

**Antecedentes de Enfermedad Actual:** .....

**Antecedentes Psicológicos/Psiquiátricos Previos:** .....

**Tratamientos Instituidos:** .....

**Observaciones:** .....

#### **ASPECTOS ACTITUDINALES DEL PACIENTE:**

- **Ante la Internación:** Expectación  Aceptación  Rechazo
- **Ante los Tratamientos:** Colaboración  Resistencia  Indiferencia
- **Ante la Entrevista:** Colaboración  Resistencia  Indiferencia
- **Ante las secuelas discapacitantes:** Aceptación  Negación  Rechazo

#### **CONFIGURACIONES VINCULARES**

- **Tipo de Familia** Centrípeta  Centrífuga
- **Contención familiar durante la Internación:** Optima  Deficitaria  Conflictiva
- **Red Social:** Adecuadas  Escasas  Inexistentes
- **Grado de Sociabilidad:** Introversión  Extroversión
- **Relaciones Interpersonales:** Conflictivas  No Conflictivas

#### **ASPECTOS AFECTIVOS-EMOCIONALES**

- **Eventos Estresantes en los Últimos Seis Meses:**  
Laborales  Familiares  Pareja  Salud  Otros
- **Capacidad de afrontamiento y Elaboración de Situaciones Conflictivas**  
**Con Recursos Propios:** SI  NO
- **Nivel de Tolerancia a la frustración:** Bajo  Medio  Elevado
- **Modalidad de Manejo de la Agresión:** Introtensiva  Extrotensiva





MINISTERIO DE SALUD  
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
PSICOFÍSICA DEL SUR  
"Dr. Juan Otimio Tesone"

- **Tipo de Ansiedad:** Confusional  Persecutoria  Depresiva 
  - **Emocionalmente:** Estable  Inestable  Lábil
  - **Modalidad de la Culpa:** Persecutoria  Reparatoria  Depresiva
  - **Recursos Defensivos:** Suficientes  Insuficientes
  - **Alexitimia:** SI  NO
  - **Catexias:** Positivas  Negativas
  - **Constitución Subjetiva:** Conservada  Alterada

ASPECTOS COGNITIVOS

- **Orientación Temporal:** Global  Parcial  Desorientación
- **Orientación Espacial:** Global  Parcial  Desorientación
- **Memoria:** Normal  Alterada
- **Atención:** Normal  Alterada
- **Capacidad de Simbolización:** Presente  Ausente
- **Lenguaje Comprensivo/Expresivo:** Normal  Alterado
- **Autonomía:** SI  NO
- **Dependencia:** Dependiente  Semi-dependiente  Independiente
- **Esquema Corporal:**
  - En sí mismo  Partes finas  Partes gruesas
  - En el otro  Partes finas  Partes gruesas

HÁBITOS:

- **Sustancias:** Uso  Abuso  Adicción   
Tipo.....
- **Trastornos Alimentarios:** NO  SI   
Tipo.....
- **Trastornos del Sueño:** NO  SI   
Tipo.....



- Otros.....  
.....

**OBSERVACIONES:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

