

EL ROL DEL CUIDADOR EN LA REHABILITACION

Diana Carolina Espitia Bejarano  
Universidad de la Sabana

## Resumen

El objetivo de este artículo es mostrar una revisión conceptual acerca de la discapacidad, la rehabilitación y sus implicaciones, el rol tanto de la psicología como del psicólogo en el proceso de rehabilitación. Igualmente, se aborda la magnitud de las redes de apoyo y especialmente de los cuidadores, siendo estos los de mayor consideración en el proceso de rehabilitación puesto que son los más involucrados con el paciente y de alguna u otra forma tienen un mejor conocimiento de todo lo que pasa a su alrededor tanto física, como psicológicamente.

*Palabras Claves:* discapacidad, rehabilitación, rol de la psicología, rol del psicólogo, red de apoyo, sistema familiar, cuidador y vínculo.

## Abstrac

*Abstract.* The aim of this article is to show a conceptual review about disability, rehabilitation and their implications, also the psychology and psychologist role in a rehabilitation process. At the same it deals with the magnitude of the community caring and specially the caretakers being those the main components in the rehabilitation process since they are the most involved with the patient and somehow they know more than anyone what happens with him physically and psychologically.

*Key words:* Disability, Rehabilitation, Psychology role, Psychologist role, Community caring, Family system, Caretaker and Supportive relationships.

## EL ROL DEL CUIDADOR EN LA REHABILITACIÓN

Frente al tema de la rehabilitación se han desarrollado diversas posturas desde diferentes disciplinas pero se debe tener en cuenta que en el desarrollo de cualquier proceso terapéutico que pretenda calidad de vida frente a una problemática específica, se requiere la apropiación e interiorización de dos conceptos claves: la rehabilitación y la discapacidad. Según Cementwala (2004), el término (re)habilitación es amplio en su alcance y emplea un acercamiento transversal para empoderar a las personas con discapacidad; lo que quiere decir que estos dos términos están relacionados uno con otro dependiendo de la (re)habilitación de la discapacidad de la persona, para lo cual se deben tener presentes diferentes áreas influyentes en el proceso, a saber, médica, social, emocional, física y familiar. Pero antes de comenzar a hablar del significado de rehabilitación y todo lo que la rodea, es preciso mencionar que todo ser humano tiene el derecho a recibir ayuda por parte de las entidades de salud o del gobierno, independientemente del nivel económico, educativo o cultural al que éste pertenezca. Según Sandel (2002), la teoría de los derechos individuales considera a los seres humanos ante todo como individuos y después como seres que viven en sociedad y, por ellos, en las sociedades modernas priman los derechos individuales sobre los colectivos. A partir de esto se pueden postular dos versiones, una negativa y otra positiva; negativa, puesto que si sólo se basa en la importancia y en un derecho individual en la recuperación, no se tendría presente a la familia o al cuidador en un proceso de rehabilitación; y positiva, porque se mirarían a las personas discapacitadas con respeto y con la adecuada rehabilitación para seguir sus funciones teniendo como objetivo su recuperación, sea esta física, emocional o social.

### La Rehabilitación

Al comenzar hablar de (re)habilitación se deben tener presentes varios postulados desde las diferentes áreas de intervención en un proceso de rehabilitación. En general, la rehabilitación es el conjunto de procedimientos médicos, psicológicos y sociales

dirigidos a ayudar a una persona a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, laboral y educacional compatible con la deficiencia fisiológica o anatómica y con las limitaciones medioambientales intentando restablecer o restaurar la salud. La rehabilitación debe actuar tanto en la causa de la discapacidad como en los efectos producidos por la enfermedad con base en el modelo biopsicosocial para aumentar la función perdida y así la calidad de vida (Rehabilitación, 2006). Desde el campo de la fisioterapia, la rehabilitación ha de establecerse dentro del marco de la funcionalidad y la disfunción, por lo que las valoraciones de los estados de salud y sus estados relacionados deberían tener equivalencias con la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento. No es una clasificación taxonómica de diagnósticos funcionales sino de signos y síntomas funcionales donde se describe y clasifica el funcionamiento de una persona aportando valores comparables; se presenta una herramienta útil para el establecimiento de un diagnóstico de fisioterapia en tanto que fomenta el uso de tests validados y su posterior adaptación a la terminología de la Clasificación Internacional del Funcionamiento. Esto último es necesario tanto para la comunicación de fisioterapeutas con otros profesionales de la salud como para la realización de investigaciones. Dentro de la anterior definición, se puede observar que la deficiencia, se ve directamente reflejada dentro de un contexto médico y social específico el cual por construcción define una “normalidad” que brinda los parámetros precisos para entrar a evaluar y definir una discapacidad.

Dentro del Programa de Rehabilitación Integral (2006) de la Clínica Universitaria Teletón, la rehabilitación en la enfermería es el “proceso por el cual el enfermero(a) facilita la adaptación disminuyendo complicaciones según las necesidades de cada paciente”.

La rehabilitación para la medicina incluye procesos integrales como parte del proceso rehabilitador, proceso que se mira desde una perspectiva neuropsicológica en cuanto al funcionamiento y su afección a cada una de las partes del cuerpo, y más cuando éste ha sido lesionado. “En el ámbito de la rehabilitación neuropsicológica es posible distinguir diferentes orientaciones. Cada una de ellas asume diferentes principios en relación con los mecanismos neurales que subyacen a los cambios cognitivos”... “Dichas orientaciones podrían ser: la restauración de la función dañada, compensación

de la función perdida y optimización de las funciones residuales” Muñoz (2001). Esta categorización permite desarrollar una planeación con estrategias específicas facilitando la construcción de objetivos reales y alcanzables. Por otro lado, Rico (2000), refiere que los cambios en los estados comportamentales y emocionales que acompañan la percepción y el esfuerzo para adaptarse a las circunstancias externas están apoyados en diversos cambios neuroendocrinos, los cuales terminan repercutiendo en el sistema inmune de los pacientes, factor que se tiene en cuenta en el ámbito médico dado que el deterioro físico de los pacientes a raíz de una percepción y un afrontamiento inadecuado ante la nueva situación puede afectar gravemente cualquier rehabilitación. Por ende, la psicología ha jugado un papel importante dentro de la rehabilitación, a raíz de los cambios no sólo físicos sino también comportamentales y emocionales que se originan al verse afectado un área del cuerpo, encontrándose que el déficit cognitivo y comportamental causan limitaciones funcionales impidiendo así la integración de la persona a su actividad cotidiana. Mateer (2003) contribuyó con conocimientos acerca de los trastornos de lenguaje, percepción, memoria y funciones ejecutivas. Como resultado de sus observaciones se genera la idea de que la recuperación se debe producir no sólo a nivel físico sino dentro de un contexto social. Es decir, además de ayudar a que la persona pueda realizar sus necesidades físicas, la rehabilitación debe involucrar a las familias, a la comunidad y reintegrar a la persona en su medio ambiente familiar, educativo y laboral.

Por lo tanto, el concepto de rehabilitación refiere un componente mental, psicológico, social, cultural y médico que encierra una perspectiva específica sobre la rehabilitación donde se deben especificar claramente los procesos que se encuentran latentes y que son base de cualquier esquema mental humano. Así, se podría nombrar la cognición como un proceso fundamental a la hora de buscar la estabilidad mental.

López (1998), a través de una investigación acerca de las diferentes orientaciones en rehabilitación cognitiva, refiere que existen tres modalidades de rehabilitación cognitiva: rehabilitación como la recuperación de una función deteriorada; sustitución, que consiste en la asimilación de la función deteriorada por otra conservada; y compensación, que es la utilización de algún elemento externo al sujeto para que compense la función deteriorada.

Por otro lado, se puede ver la rehabilitación psicosocial como una alternativa mucho más holística que pretende acercarse a un entendimiento más amplio que facilite un proceso eficaz, eficiente y consistente. Dicha rehabilitación psicosocial es definida como “aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible” (Rodríguez, 1997 citado por Mazorra, 2004).

Con la intención de superar la falta de uniformidad conceptual y terminológica en el campo de la rehabilitación, la Organización Mundial de la Salud (1983) publicó en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) las clasificaciones existentes hasta entonces, planteando una aproximación conceptual nueva con una terminología que comprende tres niveles diferentes: deficiencia, discapacidad y minusvalía. La deficiencia se define como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La discapacidad, como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Mientras la minusvalía fue definida como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales) (Verdugo, 1995). Por ende, el lugar donde el paciente se vea obligado a llevar su proceso de rehabilitación, independientemente de las necesidades, debe tener claro cada uno de estos conceptos para así llevar a cabo un proceso efectivo en el que las diferentes disciplinas apliquen lo necesario para la rehabilitación tanto del paciente como de la familia o cuidador disminuyendo los factores estresantes en la situación actual.

En resumen, este orden de ideas se puede inferir que la visión integracionista es cada vez más preponderante y es lo suficientemente flexible como para comprender que aun cuando determinado quehacer disciplinario aborde áreas o procesos específicos, hay unas repercusiones directas e indirectas en todo el andamiaje del ser humano (físico, psicológico, social, ambiental, cultural) lo cual ensancha la posibilidad de generar mayor

trabajo interdisciplinario y una mejor aprehensión de la problemática y de conceptos tan relevantes como la discapacidad, entendida ésta desde una mirada tanto física como psicológica.

### Intervención

La rehabilitación contiene varios componentes que pueden influenciar en la intervención en el paciente en vista de que el hombre se debe abordar desde una perspectiva bio-psico-social, cultural y espiritual, por lo cual la intervención en un paciente con discapacidad debe ser abordada teniendo en cuenta diferentes factores como son: los servicios que prestan las entidades de salud, los enfoques de cada disciplina, y el tipo de lesión del paciente para que pueda continuar con su proyecto de vida. Un programa de rehabilitación debe ser un plan sistemático y documentado de organización de servicios requeridos por los usuarios para el logro de sus correspondientes objetivos rehabilitadores, (Varc, 1991 citado por Fernández, 1998).

Según el Programa de Rehabilitación Integral propuesto en la Clínica Universitaria Teleton (2006), la rehabilitación debe incluir “una valoración que permita conocer el estado de salud del beneficiario e identificar factores de riesgo estableciendo las necesidades de cuidado del paciente y los recursos disponibles para con base en ellas, determinar los por qué del cuidado y las intervenciones de cuidado que se requieran para el logro de las metas propuestas”. Cada clínica o entidad que brinda servicios de rehabilitación maneja métodos o enfoques diferentes dependiendo de las diferentes disciplinas que intervengan en un proceso de rehabilitación, manejando un concepto o término propio. Según Farkas y Anthony (1989 citados por Mazorra, 2004), los principios esenciales que definen la Filosofía de Atención en Rehabilitación Psicosocial son los siguientes: las características (Serie de programas de intervención psiquiátrica para los trastornos mentales graves o severos); la rehabilitación entendida como un proceso de autonomía; la evaluación de resultados; y los componentes de la metodología de intervención. Según Vash (2003), una acertada opción para intervenir dentro del contexto social específico es la eco psicología, la cual plantea la necesidad de reclutar

instituciones que brinden servicios que suplan realmente las necesidades de los beneficiarios y no que estos se tengan que adaptar a las ofertas de las instituciones.

Dentro de este precepto, el concepto de discapacidad es un referente claro a la hora de generar un programa de rehabilitación integral que abarque no solamente los intereses meramente técnicos si no que repercuta en un contexto de la salud en general.

## Enfoques

### *Cognitivo Conductual*

Según López (1998), el funcionamiento cognitivo se puede ver desde una perspectiva integradora en diferentes formas de intervención. Para él, dicho modelo surge de la postulación de Herrmann y Parenté (1994), en la cual asumen que la cognición y la rehabilitación pueden ser influenciadas por muchos factores de los que surgen diferentes modalidades de intervención en lo que se refiere a la rehabilitación cognitiva. En primer lugar, se nombra la *Terapia de estimulación no dirigida o práctica* la cual se basa en la idea de que el funcionamiento cognitivo puede mejorarse estimulando el sistema cognitivo de forma general. En segundo lugar, está el *Entrenamiento de procesos, estimulación directa o dirigida* que es similar al método anterior, aunque centrándose más en áreas cognitivas específicas. Desde esta perspectiva resulta imprescindible una evaluación inicial adecuada que ofrezca una descripción detallada de las funciones o habilidades perdidas, de tal forma que los programas de tratamiento puedan ser diseñados para que demanden al cerebro el uso de los procesos interrumpidos. Por último, se nombra el *Entrenamiento en estrategias* que consiste en enseñar estrategias cognitivas que sean aplicables en una amplia variedad de contextos, por ejemplo, estrategias para resolver problemas, recordar información o para conversar (López, 1998). El abordaje en la intervención de la rehabilitación es un constructo integral que se origina bajo todas las formas posibles desde perspectivas disciplinares.

### *Psicología Social*



Bajo la perspectiva de la psicología social, Gosepath (2001) propone basar los derechos sociales (educación, salud, trabajo y demás) en el mismo principio moral en que se fundamentan los derechos humanos, es decir, en el respeto igualitario que merecen todos los seres humanos. No sólo debe contarse con el entorno del paciente y el estado en que éste se encuentre después de su rehabilitación dado que con una discapacidad física vuelve a integrarse a nivel social sino también con la manera en que estas relaciones o redes de apoyo influyen en gran medida en su interacción social. Según Llanos, Orozco y Hoyos de los Ríos (1997), la interacción puede darse de manera directa o material cuando se genera movimiento de personas o grupos en el espacio de forma simbólica o comunicativa. La interacción social ocurre con el fin de realizar algún intento y siempre se dirige hacia personas específicas; es un proceso de relacionarse con base en comportamientos hacia las demás personas que se reconocen como compañeras específicas en la relación, del cual depende que tan positivo puede ser la rehabilitación del paciente y, a partir de ésta, originar un apoyo y acompañamiento efectivo en la rehabilitación.

### *Red de apoyo*

Se entiende por red de apoyo una parte de la red social más amplia, aquella subparte a que la persona acude en busca de ayuda para manejar las demandas a afrontar o para lograr determinadas metas. Ambas demandas y metas pueden ser cotidianas o no (estresores). En condiciones normales las redes de apoyo son relativamente estables en tamaño y composición, mientras que pueden verse alteradas en determinadas transiciones vitales (jubilación, divorcio), y sus rasgos estructurales (densidad, reciprocidad, etc.) influyen en su valor como recurso (Barrón, 1996). En un proceso de rehabilitación es muy importante la red de apoyo teniendo en cuenta todo lo que la rodea como pueden ser los aspectos emocionales que influyen en el paciente, dentro de los cuales se manejan aspectos importantes tales como los cuidadores o personas que se encuentran alrededor del paciente proporcionando un apoyo y acompañamiento, cumpliendo uno de los roles más sustanciales en un proceso de rehabilitación debido a que, en gran manera, del cuidador depende el estado de ánimo del paciente, viéndose

aquí involucrada la familia como medio de ayuda para aquellos pacientes semi-independientes o dependientes durante el proceso, considerando que “la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, siendo éstas las que establecen las pautas acerca de la manera, el momento y las personas con las que se relacionen los miembros de la familia” (Minuchin, 1986).

### *Cuidado*

Desde una perspectiva de la psicología social donde se agencia el significado del cuidado en la rehabilitación, se propone que este cuidado es un ejemplo interactivo que relata un concepto fundamental de persona, salud y medio ambiente dentro del paradigma de la ciencia humana donde existe un cuerpo importante de cuidadores desarrollando conocimientos alrededor de la ética, la ontología, el conocimiento y la praxis del cuidado individual. Sin embargo, al ser la práctica del cuidado tan compleja incluye la comunidad, el ambiente y la sociedad en general, así como la necesidad de reflejar el cuidado en varias áreas ineludibles (Bent, 1999).

### *Apoyo y acompañamiento*

El apoyo y el acompañamiento provisto al paciente está influenciado por todos los límites, normas o roles que cada miembro de la familia ocupe, para lo cual se tiene que considerar el papel que desempeñaba tanto el paciente como el cuidador antes del accidente o trauma, debido a que de este papel depende la alteración funcional como estructura familiar y el cambio o la reestructuración que se tiene que volver a plantear para que se efectúe un ajuste que no altere los diferentes roles, agenciando unos más que otros una carga emocional. Por lo tanto, se debe tener presente en que magnitud puede afectar el accidente o trauma al paciente y su entorno familiar. Castelnuovo (1991) señaló que la importancia y el impacto de las consecuencias psicológicas de un traumatismo y defecto físico pueden depender de alguna combinación de los siguientes elementos: momento en que se contrajo el defecto, especialmente con respecto a la etapa del ciclo vital, tamaño y localización del mismo; efectos sobre la salud en general,

alcance de la lesión; defectos interno/externo; visible/invisible, permanente/temporal, recuperación física; predecible/impredecible, si implica pérdida/adición de partes corporales; naturaleza del traumatismo; posible recuerdo consciente del traumatismo; personalidad/sicopatología previa del individuo; y pérdidas anteriores. Estos elementos crean al cuidador o estructura familiar incertidumbre ya que en algunos casos se desconoce como va a ser la recuperación del paciente y que áreas pueden ser implicadas para proporcionarle calidad de vida; en muchos sumarios se evidencia la falta de información o conocimiento acerca de las posibles entidades que manejan casos en los que al paciente, a raíz de un trabajo interdisciplinario, se le pueden brindar todas las herramientas necesarias para su recuperación, dándole importancia no sólo a éste sino a su familia, puesto que el miembro de la familia y, en sí, toda la estructura familiar están ávidos de ayuda y colaboración de alguien que les facilite o les guíe en estrategias de afrontamiento previendo un desgaste emocional o estrés acumulativo.

Partiendo del hecho de que las personas con algún tipo de discapacidad, bien sea congénita o adquirida, se enfrentan a diferentes barreras como las personales, sociales, laborales y ambientales, entre otras, para poder llegar a integrarse efectivamente dentro de la sociedad, se encuentra que algunas de dichas barreras son inherentes a la condición de discapacidad y algunas otras surgen de mitos y prejuicios que contribuyen al rechazo y la exclusión de las personas que sufren deficiencias y discapacidades. Para Ruano (1999) “una de las dimensiones más notables de la psicología de la rehabilitación es trabajar por el retorno a la vida y a la sociedad participativa de las personas que por muy diversas causas, sufren deficiencias y discapacidades que les segregan y les marginan de la sociedad normalizada y competitiva”.

Dentro de la adaptación a la limitación, hay que agregar que en las dos últimas décadas, varios investigadores han propuesto la existencia de la relación entre la adaptación y la calidad de vida. Bishop (2005), ha propuesto un modelo multidimensional de calidad de vida, el cual puede ser apropiado para entender el impacto personal de una enfermedad crónica o una discapacidad y el proceso por el cual los individuos responden a este impacto. Así, las respuestas de los individuos a estos cambios, se pueden definir como tentativa de aumentar o de restaurar dicha calidad de vida (Bishop, 2005).

En las últimas décadas se ha realizado una gran cantidad de estudios enfocados hacia el sistema familiar de las personas que están en proceso de rehabilitación. Estos estudios han abarcado desde la importancia del rol que desempeña la familia dentro de las diferentes intervenciones, hasta la exploración acerca de cómo se ven estas familias afectadas por la situación que enfrentan. Como consecuencia de esto, diferentes disciplinas se han dedicado a trabajar en los cuidados y en la educación que se les debe brindar a dichas familias, ya que, “los familiares mediante actividades de cuidado informal, son la principal fuente de ayuda a las personas mayores que tienen dificultades para cuidar de si mismas” (Gatz et. al., 1995 citado por Cerrato, Fernández, López y Sánchez, 1998).

Para Lara (2004) un proceso de rehabilitación en el cual participe la familia ofrece una mayor probabilidad de que el paciente desarrolle plenamente sus capacidades. Fernández (1998) refiere que la familia desempeña una función fundamental en la génesis y el tratamiento de las enfermedades mentales. Según Ríos (1992), generalmente, las familias que se encuentran con pacientes en rehabilitación generan ciertas características o rasgos como: aglutinamiento y alta cohesión, es decir, los mecanismos de interacción se hacen más fuertes y la individualización de los miembros corre el peligro de quedar limitada en cuanto que la misma necesidad de apoyo se vive como una exigencia a través de la que cada uno ha de renunciar a ser si mismo para estar más pendiente del paciente; la cohesión, es entendida como un sentimiento de pertenencia fuerte frente al apoyo y refuerzo; la sobreprotección y sofoco, se presenta cuando se evita al paciente que haga por si mismo sus actividades estando continuamente en vigilancia y respaldo convirtiéndose en sofoco; rigidez de estructura, donde la familia hace más rígidas sus creencias y reglas perdiendo la flexibilidad en los límites físicos y emocionales que regulan la relación interpersonal dentro del sistema familiar; rigidez de funciones, donde se intenta que todo lo que haya que hacer se haga cueste lo que cueste y por encima de cualquier cosa, podrá observarse que la familia acartona la autonomía, impone de manera inexorable ciertas actividades que se valoran como reforzantes o con posibilidades de convertirse en diques que bloqueen la aparición de conductas menos constructivas, se aferran a valores en los que se encuentra la posibilidad de una referencia que elimine otros peligros; resistencia al cambio, cuando la

familia intenta a toda costa centrar sus esfuerzos en que los cambios que se tengan que hacer sean encomendados en el paciente o en otro miembro que tenga la disponibilidad de realizarlos para mejorar el estilo de vida; Evitación del conflicto, aflora bajo el ropaje de una baja tolerancia al conflicto como se ha descrito en las familias psicósomáticas; y por último, construcción de mitos y rituales, como defensa la familia intenta que las situaciones amenazantes no lo sean tanto empleando o exagerando sus mitos.

A partir de estos rasgos o características se puede inferir que todo tipo de relación en cualquier contexto se ve influenciada por agentes que de alguna u otra manera afectan las relaciones personales. “El comportamiento individual sería estable en las personas cuando hay una estabilidad análoga en el ambiente, especialmente, en el parentesco o el sistema familiar” (Caspi et. al. citado por Branje, Lieshout y Van Aken 2004). Pero si alguno de los dos cambia, la otra parte también cambiará.

A la vez se puede hacer hincapié en aquellos elementos que son de gran escala en la familia como sus relaciones o vínculos en los diferentes roles que cada miembro lleva a cabo, que a lo largo del tiempo y de la recuperación del paciente se pueden ver afectados o distorsionados por las condiciones y cambios que éste genere no sólo a nivel laboral, económico o físico sino también inter e intrapersonal. Ríos (1992) hace referencia a elementos predominantes en la dinámica familiar como son: la presencia de vínculos muy estrechos, perjudicando a la familia puesto que cuando se evidencia una cohesión fuerte entre los miembros puede llegar a causar un desgaste emocional y/o agotamiento; una hiperprotección indulgente, cuando el cuidador no deja que el paciente deje seguir su proceso llevando a cabo lo necesario para su evolución; el pseudoaglutinamiento, en esta situación la familia muestra una fachada externa en la que toda está en orden y todos se manifiestan como fuertemente unidos; una relación restrictiva en la que se restringe la espontaneidad, la autonomía y la libertad, se pierde la interacción intra como extrafamiliar interrumpiendo el progreso. Otro elemento está representado en los conflictos y tensiones latentes y disimuladas junto con una percepción alterada de los límites, tanto físicos como emocionales, se pierde la autonomía. A la vez se habla de una confusión entre el mito que se construye como defensa y la realidad que se vive y, por último, la dificultad y pudor para expresar y verbalizar emociones. Los trabajos de Martínez y Navarro (1998 citado por Ríos, 1992) ponen de relieve algunos aspectos de

la nueva organización de la familia ante un hecho relacionado con la salud y sus repercusiones que han sido muy estudiados en relación con las modificaciones que se presentan en los estilos de interacción familiar, especialmente, en las desviaciones y alteraciones de la comunicación, las modificaciones y el uso que conviene hacer de la emoción expresada y lo relacionado con el estilo afectivo familiar.

En muchos casos el cuidador o familiar que está a cargo del paciente no es consciente de cómo se está viendo afectado a raíz de la condición médica del paciente, llevando a cabo todas las actividades y cargas laborales, económicas y de responsabilidad que asume dejando a un lado su rol en cada una de las dimensiones que tiene que desempeñar como ser humano para obtener su realización. Maslow (1970) sugirió que las necesidades humanas pueden ser concebidas como una jerarquía donde aquellas básicas deben ser satisfechas antes de que otras necesidades que se hallan en la cúspide con el fin de conseguir la autorrealización avanzando hacia la maduración, felicidad y satisfacción. Estas necesidades son, comenzando en la base, las necesidades fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de amor y, por último, la autorrealización como alcance de la cúspide. Por lo tanto, el individuo debe estar motivado para satisfacerlas, de lo contrario, no será capaz de pasar de una hacia otra.

Por ende, se puede referir que cada ser o individuo, según esta teoría, se realiza como persona según sus necesidades, cada vez que cumple y satisface una en cierta forma, continuando con la siguiente necesidad hasta llegar al objetivo o meta que se ha planteado para su autorrealización. Retomando este postulado, se puede decir que en la mayoría de los casos los familiares más vinculados con el paciente cumplen el rol de cuidador dejando a un lado sus labores y expectativas en cuanto a su proyecto de vida. La mayor probabilidad de desempeñar este rol la tiene el/la cónyuge, en el caso de estar capacitado para ello. En el caso de que esto no ocurra, el rol recae normalmente en algún hijo adulto, generalmente en una hija, estos numerosos cuidadores invisibles dedican una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo a la responsabilidad que han asumido, calculándose que más de la mitad de ellos dedican, como promedio, de 4 a 5 horas al día durante los 7 días de la semana al cuidado de su familiar. Stone, Cafferata y Sangl (1987 citado por Cerrato, Fernández, López y Sánchez, 1998). En Colombia, en el 12% de las viviendas familiares se proporciona algún tipo de ayuda a personas mayores y un 5 % de

los adultos se define como “cuidador/a” (Insero, 1995), siendo ésta una cifra alarmante ya que los casos de personas en rehabilitación son mucho más grandes por que no se está contando con aquellos adultos hombres/mujeres y niños que también necesitan de un cuidador. Al ser cuidador se acepta un rol con una gran magnitud de responsabilidades puesto que no sólo se debe contar con el apoyo físico y emocional hacia el paciente sino también con el cuidado en general de la familia, estando dentro de ésta los niños como seres frágiles y de gran vulnerabilidad exigiendo una demanda de atención y cuidado constantes.

Lara (2004) a través de un estudio que realiza a las familias de los pacientes halla que estas familias son desarticuladas, tienen dificultades para negociar y encontrar soluciones, también muestran una alta tendencia a evitar el conflicto. Por otra parte, se encontró que generalmente el cuidador primario es la madre o un miembro de la familia del sexo femenino. De igual manera, Fernández (1998) encontró que el grupo de cuidadores está mayormente compuesto por más mujeres que hombres, con edades entre 20 a 59 años y que habitualmente el parentesco es: esposa, madres y padres. En un exhaustivo estudio realizado por el INSERSO (1995) sobre la situación de cuidado informal en Colombia, los cuidadores manifiestan que la limitación del tiempo libre y la reducción de las actividades sociales, el deterioro de su salud, la pérdida de intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales son repercusiones especialmente importantes que se derivan de su rol de cuidadores.

Navaie (2002) afirma que hay ciertas características de cuidadores que los hacen más vulnerables a experimentar enfermedades como el estrés y la depresión; los cuidadores más vulnerables son aquellos que cuidan al paciente más de 20 horas a la semana, que comienzan a tener problemas de salud física y que comprenden edades mayores a 65 años. El cuidado de las personas mayores dependientes en el medio familiar supone una serie de cambios personales, sociales y económicos que se conocen como consecuencias o efectos del cuidado. Para Chambers, Ryan y Connor (2001) cuando alguno de los familiares necesita de un cuidador no siempre la familia esta preparada para desempeñar este rol. Por esto la vida de los cuidadores experimenta un cambio drástico, trayendo como consecuencia aislamiento social debido a la responsabilidad y confinamiento al cual se ven sujetos, acarreado el riesgo de

incrementar el estrés y la depresión. Estos síntomas en la salud mental de los cuidadores, también fueron estudiados por Lara (2004) quien aplicó a cuidadores primarios la prueba de Zung y el Idare, produciendo como efecto que se presente depresión ambulatoria “enmascarada” en varios de ellos influyendo en su actitud hacia los pacientes. Por esta razón, Klienke (1991 citado por Chambers et. al. 2001) afirma que el apoyo social es significativo para los cuidadores en función de manejar el estrés, satisfacer la necesidad de apego y reforzar la autoestima y darle una dirección a la vida.

Para Fernández (1998) el estilo de vida familiar adecuado para afrontar situaciones como el alcoholismo es el desprendimiento emocional. En todo rol de cuidador y ante un evento estresante es importante evaluar u observar como el individuo y/o paciente reacciona ante este estresor y cómo es percibido, ya que dependiendo de su estrategia de afrontamiento y de la adaptabilidad el paciente podrá seguir con su estilo de vida sin alteraciones contundentes. Así desde el modelo de Lazarus y Flokman (1986), la reacción al estrés que produce el cuidado es mitigada tanto por la capacidad de evaluar esa amenaza percibida como por el tipo de afrontamiento; o desde el modelo de Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) donde se enfatiza que los conflictos con otros miembros de la familia y la disminución de la autoestima, por ejemplo, pueden tener efectos en la capacidad de afrontamiento de los cuidadores y en su red de apoyo social. Igualmente Vitaliano (1989 citado por Wessely, Rose & Vison, 1998) desarrollaron un modelo donde el distrés es conceptualizado como resultado de las relaciones entre estresores objetivos y recursos psicológicos, sociales y emocionales del cuidador.

Teniendo en cuenta lo anterior, Lara (2004) dice que se debe trabajar con las familias (los cuidadores) identificando conflictos intrafamiliares y posibles psicopatologías manifiestas, además de brindarle al sistema familiar una capacitación acerca de las características de la enfermedad haciéndose necesario contar con el apoyo de la psicología de la salud. Agudo y Alcedo (2004) refieren en su investigación la puesta en marcha de programas que intenten potenciar una mayor autonomía e independencia de las personas con discapacidad que envejecen y que palien situaciones de aislamiento, que fomenten la relación y permanencia en el entorno, la vida social y el ocio y que impulsen la adquisición de habilidades de la vida diaria. Esto con el fin de no sólo proveer ayuda y mejor manejo al tiempo de los cuidadores y familiares previniendo



o aliviando una carga emocional, sino de garantizar a los pacientes o discapacitados habilidades y métodos de afrontamiento para seguir sus labores independientemente sin requerir en la mayoría del tiempo colaboración de los familiares y/o cuidadores. Ya que cada uno es el mejor guardián de su propia salud física, mental o espiritual, la humanidad se beneficia más consintiendo a cada uno vivir a su manera, que obligándole a vivir a la manera de los demás (Yepes, 1996).

De igual manera, Fernández (1998) apoya la idea de que la intervención a las familias debe ser enfocada en educarlas acerca de la situación por la cual está pasando el paciente; dicha intervención debe ir dirigida a la modificación de estilos de pensamientos, creencias y puntos de vistas que conforman el componente cognitivo de las actitudes. El programa de intervención debe abordar las prioridades en cuanto a necesidades de aprendizaje, a saber: conocimientos acerca de la enfermedad, estilo de afrontamiento familiar (temporalidad y esencialidad), expectativas hacia la rehabilitación y estilo de vida de la familia.

Según Weakland (1977 citado por Ríos, 1992), las interacciones familiares influyen en el origen, curso y resultado de las enfermedades, de donde se concluye que la familia tiene mucho que decir del comienzo de la enfermedad, puesto que su influencia es mayor en el desarrollo de la misma, ya sea a través de una influencia directa, interfiriendo o facilitando funciones corporales, o indirecta, ayudando a la aplicación de los tratamientos médicos. Para Lara (2004) en los pacientes se evidencia una mayor adherencia al tratamiento cuando los familiares tienen actitudes positivas. La mayoría de personas o pacientes reciben ayuda de sus familiares disponiendo de la atención y el tiempo necesario para la rehabilitación, lo cual implica que tengan un desgaste físico o emocional puesto que el cuidador es el que proporciona al paciente todo tipo de ayudas en la vida diaria, como desplazamientos, limpieza, toma de medicamentos, manejo de utensilios y demás, sin contar la adaptación y la aceptación ante la sociedad y el medio en el que se está desarrollando, ofreciendo un acompañamiento permanente de tolerancia, paciencia y cariño. Por ende, el cuidado de un familiar conlleva a circunstancias de cambio y reorganización en tiempos y acciones para destinar de alguna forma responsabilidades proporcionando una mayor calidad en el cuidado del paciente mejorando su calidad de vida. Retomando lo ya dicho anteriormente, un factor que es de

gran importancia en estas problemáticas es el económico, del cual, de alguna forma, se depende para seguir el proceso de rehabilitación según lo requerido por el paciente. Agudo y Alcedo (2004) refieren que el dinero facilita la convivencia entre familiares y afectados y permite acceder a aquellos recursos que pueden ser más útiles y eficaces tanto para la persona con discapacidad como para el cuidador, en muchos casos el acceso a determinadas ayudas, bien sea la prestación de servicios por parte de terceras personas o la adquisición de ayudas técnicas necesarias para la mejora del nivel de funcionalidad y de integración, resultan prohibitivas para quienes tienen pensiones medias o bajas, e inaccesibles para aquellas personas que no perciben ningún ingreso económico. Por ende, se reitera que muchas personas adultas mayores, adultas y niños que requieran de un tratamiento integral de rehabilitación no tienen como accederlo debido al factor económico. Considerables factores influyen en el rol de cuidador puesto que dependiendo de su estado de salud y las oportunidades que se tengan se puede llevar a cabo la labor, algunos familiares o pacientes no se dan cuenta realmente de todo lo que abarca este rol puesto que por su propia limitación o alteración física no se percatan de agentes que son predominantes para cumplir y llevar a cabo con satisfacción todas las responsabilidades demandadas por el paciente, a saber: tener que realizar cambios de horario en el trabajo, pedir permisos, dejar a un lado actividades tanto profesionales como recreativas, enfrentando así situaciones en las que se pueden presentar conflictos familiares ya que cada persona maneja una percepción y perspectiva diferente de la situación. Esto indica que el cuidador está siempre expuesto a sentimientos y emociones que tiene que afrontar no sólo al ver el dolor y sufrimiento del paciente, sino el propio, expresando sentimientos de impotencia, culpabilidad, rabia, rechazo, soledad, preocupación o tristeza.

Los cuidadores afrontan sentimientos y emociones que en muchas ocasiones generan incertidumbre, ansiedad, angustia y preguntas que no saben manejar, exigiéndose demasiado a sí mismos, descuidando sus necesidades por falta algunas veces de reconocimiento y valoración de sus capacidades creyendo que el papel que realizan es como cualquier otro. Las emociones del individuo y las relaciones con otros dependen de aquellas relaciones que en la niñez ó en la adolescencia se establecieron, ya que muchas investigaciones han sugerido que las diferencias individuales en los patrones de

apego tienen implicaciones en la calidad de las relaciones en la edad adulta (Bartholomew & Feeney, 2000 citado por Sánchez 2002), ya que durante el desarrollo social se construyen modelos afectivos y cognitivos de sí mismos a partir de los cuales se desarrolla la personalidad y la interacción con las demás personas (Larose & Bernier, 2001 citado por Sánchez, 2002). Por lo tanto, estas particularidades se deben tener presentes en el momento de intervenir en el cuidador y su punto de vista conceptual con el fin de evitar un desgaste emocional obteniendo un mejor desempeño en su labor. Watzlawick, Weakland y Fish (1974) refieren que reestructurar es cambiar el contexto o punto de vista conceptual y/o emocional dentro del cual se vive una situación para ubicarse en otro marco que ajuste los hechos de igual o mejor forma, cambiando así su significado, siendo ésta una de las mejores opciones al intervenir en pacientes y cuidadores en procesos de rehabilitación, ya que el éxito del tratamiento a partir de la discapacidad física es llegar a la adaptación siguiendo un proyecto de vida, para lo cual es esencial que el terapeuta desarrolle la habilidad de “escucha” ya que en el relato del paciente se hacen evidentes aquellos rasgos que diferencian la condición y su estado psicológico. Quiñónez (1997 citado por Sánchez, 2002) sugiere prestar atención a la coherencia, la comprensibilidad, la continuidad, la congruencia, la plausibilidad y el equilibrio afectivo en el discurso del paciente cada vez que se evalúe una situación determinada.

En consecuencia, el vínculo entre el cuidador y el enfermo es vital para el tratamiento de este último, recordando que cada ser es independiente, libre de escoger toda carga y responsabilidad según sus vínculos y sentimientos o según los valores con los cuales se haya cimentado como persona. Cuando se confía en las personas, éstas crecen y aumentan su creatividad, su rendimiento y su motivación, hay que asignarles responsabilidades y conseguir que hagan suyas las órdenes, el mejor modo de que crezca la libertad social es cuando aquel que manda sabe ejercer la autoridad política y aliente la libertad y la iniciativa, y que el que obedece acepte las órdenes y las ejecute de modo racional, libre y responsable, haciéndose cargo de las consecuencias de su actuación (Yepes, 1996). El vínculo, concepto introducido por investigadores como Bowlby (1998), se considera como un mecanismo creado por la evolución para preservar a la cría. Este vínculo, sin embargo, se desarrolla de acuerdo con el tipo de crianza,

especialmente, en los seres humanos donde se puede dar un vínculo seguro, ambivalente o evasivo. Según Bowlby (1998) los modelos de apego tienen su efecto sobre la forma como se codifica y se organiza la información acerca de sí mismo, las figuras importantes y los distintos eventos emocionales.

Finalmente, se podría decir que en el caso de la depresión suele crearse un vínculo ambivalente que se caracteriza por una extrema ansiedad que se presenta cuando el cuidador está cerca como cuando no lo está. Este patrón de conducta predispone a la persona a presentar depresión durante el tiempo que depende de otro al generarse esta dependencia por un accidente o acontecimiento invalidante. Al interpretar todo el tiempo que sus necesidades de cuidado no son satisfechas como deberían, la persona no solo desarrolla esta depresión, sino que también desarrolla una actitud hostil hacia el cuidador (Odette, 1992), la cual suele desgastar mucho al cuidador, y que puede presentarse de forma muy continua en las enfermedades serias. El modelo de Habilidades Sociales en el Proceso Interpersonal (HSPI), refiere que la mayoría de los problemas que llevan a los pacientes adultos a solicitar ayuda, son el resultado de pautas de interacción interpersonal ineficaces debido a un déficit de habilidades sociales (Mallinckrodt 2000 citado por Sánchez, 2002), de lo cual se puede rescatar que una relación paciente/cuidador depende a la vez de la manera en que se instaure y se fortalezca siendo un factor importante para prevenir maltrato y abuso por parte del cuidador, ya que en muchos casos se ha visto el maltrato físico hacia los pacientes vulnerables como los niños y los adultos mayores. Es evidente que en el momento de escoger quien va a ser el cuidador del paciente en rehabilitación se deben explorar varios factores y criterios que indiquen que la persona a cargo tiene toda la habilidad para acompañar y apoyar al paciente. Según un estudio hecho en Cuba y como se enunció anteriormente, el cuidador puede llegar también a desarrollar problemas al verse afectadas áreas de su vida como el tiempo libre, y desarrollar problemas como dolores de cabeza, depresión y trastornos del sueño. Según Abreu (2001), después de un año, son comunes los trastornos somáticos en los cuidadores desarrollándose así el conocido síndrome del cuidador.

Cuidar a un familiar que depende de otro para satisfacer sus necesidades puede ser una de las experiencias más conmovedoras y satisfactorias. Cuidar a otra persona puede

hacer que en las numerosas tareas que ello implica se descubran a si mismo cualidades, aptitudes o talentos que, probablemente, de otra forma hubieran pasado percibidas. Asimismo, cuidar a otra persona puede hacer que se establezca una relación más próxima y que se descubran en el paciente facetas interesantes que hasta entonces no se conocían, una gran parte de los cuidadores, pese a posibles sinsabores, acaban descubriendo la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontóloga, 2006).

Es de vital importancia reconocer la labor del cuidador en el proceso de rehabilitación, sin desatender sus propios cuidados. La mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo con que se trata de un deber moral que no debe ser aludido y que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales que deben ser respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares. Los cuidadores también señalan otros motivos para prestar cuidados como: la motivación altruista, es decir, para mantener el bienestar de la persona cuidada; la reciprocidad, por sentimientos de culpa del pasado; para evitar la censura de la familia, amigos o conocidos; y por último, la aprobación social de la familia, amigos, conocidos y de la sociedad en general (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontóloga, 2006). En el cuidado o en el rol de cuidador se pueden observar variedad de razones o mitos a la hora de cumplir este papel puesto que muchos de los familiares se ven directamente involucrados y, por lo tanto, responsables del cuidado del paciente por una relación marital o filial que hace que en algunas ocasiones se torne exigida e incómoda debido a que a raíz de la condición médica, se expresan sentimientos desplacientes o incómodos hacia el otro por el hecho de no tener la habilidad o la paciencia para el cuidado y el sacrificio que la labor conlleva. Por ejemplo, para una persona asquenta sería incómodo tener que ayudar al paciente, por más familiar que sea, en sus necesidades fisiológicas o en malestares que produzcan vómito. Aunque no sólo esta es una razón elemental sino que también se manifiestan emociones que desde antes se estaban percibiendo como sucede en las relaciones de pareja, en la que alguna de las dos personas no sentía el mismo amor y comprensión desde tiempo atrás y que por miedo o por diferentes factores, no lo había expresado y ahora con la situación médica no podrá expresarlo con la misma facilidad alterando cantidad de emociones que

pueden hacer del cuidado un momento triste, ambivalente y sin rumbo. Hay que tener en cuenta que la experiencia de cuidar no es siempre igual, sino que varía con el tiempo, influida por características tanto del paciente, por ejemplo, demencias, accidentes cerebro vascular, alzheimer y demás, como de la persona que cuida (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontóloga, 2006). El hecho de tener que estar al tanto del otro no sólo por deber o por el que dirán es un acto de amor y respeto que se está transmitiendo hacia el paciente, sea éste hermano, hijo abuelo/a, padre/madre ó esposo/a, paciente que depende de alguien y que está sumido a la voluntad y el deseo del que le cuida, por lo tanto, no sólo es algo que se hace sino es un momento en el que se pueden reforzar y mejorar muchos aspectos de la vida personal y emocional, ya que así como es un sacrificio desistiendo de sueños y metas es gratificante saber que se es útil y que se puede cuidar y hacer feliz a alguien sin importar su condición física, fortaleciendo la unión que lleva al ser humano a complementarse con la ayuda del otro. Existe en el amor una responsabilidad, la que toma la persona a quien se atrae hacia la más estrecha comunión de existencia y acción, y que, gracias al don de si, viene a ser, en una cierta medida, propiedad nuestra (Wojtyla, K. 1996).

La siguiente reflexión pertenece a una mujer que ha llegado a darse cuenta de la necesidad de cuidarse y su derecho a ello: "Tienes que reconocer que tú eres valiosa. Durante mucho tiempo, sin embargo, no fui capaz de admitirlo, y no pude atender mis necesidades por la sencilla razón de que no me consideraba valiosa, a pesar de que había trabajado duramente y durante mucho tiempo para ver satisfechas las necesidades de mi marido. Era como si asumiese que mi marido se merecía el mejor cuidado posible, pero yo no. No se exactamente cómo se produjo el cambio. Algo dentro de ti se tiene que transformar, tiene que cambiar para que te des cuenta de lo que vales, de que vales mucho. Es difícil de explicar. Quizá el empezar a tomarme respiros de vez en cuando tuvo algo que ver con ello. O quizá fue también el hablar con otros cuidadores. No sé. El caso es que ahora sé que me merezco cuidarme mejor" (Barahona y Díaz, 2005).

Muchas veces, las instituciones o médicos especialistas de las diferentes disciplinas olvidan como la red social y el medio en el cual el paciente y su familia se desempeñan influyen tanto a nivel económico, social, moral, educativo y emocional en el proceso a seguir, dependiendo este proceso de las capacidades y de las condiciones que la estructura familiar tenga después de un evento que altera su funcionalidad. Por ejemplo, pacientes que viven en sectores con desventaja socioeconómica no tienen las mismas oportunidades que aquellos pacientes que pueden recurrir a un tratamiento completo o integral. Por lo tanto, es importante diferenciar cual es el rol que tiene cada individuo o entidad al prestar un servicio médico teniendo en cuenta los derechos como ser humano.

El Dr. José Patiño (1999) refiere que en la ley 100 de 1993 se ha insistido sobre la diferencia entre “cliente y paciente”. Cliente es la fuente de ingreso para el intermediario. El objetivo del intermediario es el beneficio y éste será mayor en la medida que no gaste en servicios, el beneficio aumenta cuando no se presta el servicio que ya ha sido pagado, lo cual es frecuente en el régimen subsidiario donde el cliente generalmente es una persona poco informada sobre sus derechos y con frecuencia, geográfica o socialmente aislada, lo que indica que muchas personas necesitadas de una atención médica integral se ven perjudicadas por falta de conocimiento y por la imposibilidad de establecer un primer contacto médico/paciente en el que interviene una entidad, sea esta una Entidad Promotora de Salud (EPS) ó Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). En una intervención médico/paciente cabe y es necesario hablar siempre de los aspectos a favor y en contra, entablado un consentimiento informado o consentimiento idóneo. Según el médico psiquiatra Gilberto Gamboa (1998), el consentimiento en general, se define como el acuerdo de voluntades que se apoya, por un lado, en la información suministrada por el médico y, por otro, en la decisión libre del paciente de aceptar o no lo que se le propone como pauta de acción. Se manifiesta, por tanto, en la ilustración conveniente y suficiente y en la aceptación sobre la cosa y la causa que hayan de constituir el contrato de prestación de servicios. Esto con el fin de prevenir errores o interrupciones en el tratamiento en el cual el paciente se puede ver gravemente afectado ya que en muchas ocasiones a pesar del consentimiento informado se presentan malos entendidos por el seguimiento inadecuado y eventual en el tratamiento independientemente, y aún con mayor razón en un tratamiento

psicoterapéutico que dependiendo del terapeuta, sea este psiquiatra o psicólogo, puede presentar variabilidad en los diagnósticos

Según Rawls (1996) uno de los principios que debe regir la estructura básica de la sociedad es la justa igualdad de oportunidades. En la mayoría de los casos quedan en desventaja aquellos pacientes que a pesar de contar con una red de apoyo familiar no cuentan con los requisitos necesarios para la rehabilitación física y emocional dejando a un lado el apoyo y acompañamiento que el cuidador o la familia requiere, incrementando de esta manera una disfuncionalidad familiar.

Sin importar las condiciones económicas en las que se encuentre el paciente es necesario que toda persona en proceso de rehabilitación tenga las mismas oportunidades para seguir su proyecto de vida, aunque desafortunadamente en el país y a nivel mundial se puede observar como la ley para unos es válida y para otros con bajos recursos no lo es. Este es el caso del tratamiento para niños que han sufrido amputaciones por las minas que quiebra patas que en su mayoría son campesinos, siendo esta una situación a nivel de inseguridad, vivida por un contexto social de guerra en el país y teniendo todo niño, independientemente de la raza o el status económico, derecho a la salud. Según Daniels (1985 citado por Álvarez, 2005) por derecho a la salud se entiende el acceso a los servicios de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud. Abarcando también el acceso a una alimentación adecuada, a condiciones de trabajo sanas y seguras y a servicios de apoyo para el cuidado de la salud.

Si se observa con atención, se puede encontrar que la rehabilitación es algo más que un servicio que se espera recibir cuando éste sea necesario, ésta va más allá, siendo un proceso complejo que todo ser humano tiene derecho a recibir para mejorar su calidad de vida ante una discapacidad, viéndose afectadas todas las áreas que constituyen al ser humano para su estabilidad emocional y psicológica, siendo éste uno de los factores más importantes para sobrevivir, necesitando una atención completa que cubra todos los aspectos ya mencionados.

Factores Alternos que Influyen en un Proceso de Rehabilitación



Un ejemplo de factor alterno que influye en gran medida en un proceso de rehabilitación y en la vida cotidiana, es el estrés, fenómeno inherente a la vida, cuya intensidad y manejo varía de una persona a otra dependiendo de diversos factores personales y de las fuentes de tensión. McCubbin y Olson (1983) refieren que algunas teorías sobre estrés han enfatizado sus aspectos fisiológicos y las respuestas individuales. Para explorar estas respuestas individuales, diferentes autores han formulado modelos explicativos sobre las diversas variables influyentes en el cuidado. Así, se pasa del modelo de Lazarus y Flokman (1986) anteriormente descrito a la teoría de Figley (1983) quien sugiere una serie de criterios para distinguir entre el proceso funcional y el disfuncional del enfrentamiento al estrés como: la habilidad para identificar el estresor; definición de la situación como un problema de la familia y no de uno o dos de sus miembros; adopción de una actitud orientada a la solución del problema, más que de simple queja; actitud de tolerancia hacia todos los miembros de la familia; clara expresión de compromiso y afecto entre los miembros, comunicación abierta y clara entre ellos; evidencia de alta cohesión familiar; evidencia de alta flexibilidad en los roles; apropiada utilización de recursos internos y externos a la familia; ausencia de violencia física abierta o encubierta; ausencia de abuso de sustancias. Desde el modelo de Pearlin (1995 citado por Núñez, 2004) se enfatiza que los conflictos con otros miembros de la familia y la disminución de la autoestima, por ejemplo, pueden tener efectos en la capacidad de afrontamiento de los cuidadores y en su red de apoyo social. Igualmente Vitaliano et. al. (1989 citado por Núñez, 2004) desarrollaron un modelo donde el estrés es conceptualizado como resultado de las relaciones entre estresores objetivos y recursos psicológicos, sociales y emocionales del cuidador.

El afrontamiento al estrés sea individual o familiar se ha definido como el manejo del evento o situación estresante, en este caso, de la rehabilitación física, emocional, social, laboral y demás, donde el individuo reacciona de diferente manera según la situación o la discapacidad, evidenciando fases psicológicas en las que se manifiestan diferentes actitudes según el desarrollo emocional del paciente. Según Krueger (1982) estas fases psicológicas se pueden conceptualizar como: shock, siendo esta la reacción inmediata ante un traumatismo, el paciente es incapaz de asumir o comprender la

magnitud o gravedad de lo sucedido o sus consecuencias; rechazo, es casi imposible que el paciente comprenda que permanecerá incapacitado para siempre, es indispensable que este reconozca que el rechazo es un mecanismo de defensa para la recuperación, durante esta fase de la respuesta no hay depresión, es decir, la respuesta al reconocimiento de la pérdida sufrida se demora hasta que el paciente se da realmente cuenta del alcance de su dilema y reconoce que ha sufrido una pérdida irreparable; reacción depresiva, surge el duelo y la depresión, los sueños y ensoñaciones han constituido una fantasía reparadora en la que el paciente sigue funcionando intacto; el paciente cuya estima, trabajo, actuación, interés y forma de vida estén centrados en torno a actividades físicas experimentará una reacción más marcada y una mayor dificultad de ajuste cuando se produzca un debilitamiento físico, la respuesta emocional del paciente está dada hacia un enfrentamiento que no tiene reversa; adaptación, existe un duelo por la función, por la imagen corporal, por las satisfacciones que proporcionaban y que ahora le son negadas y por la pérdida de las esperanzas que se basaban en el supuesto de que se disponía de ella. El paciente refiere un relato positivo, empleando estrategias aceptando su condición pero siguiendo con una calidad de vida en la que pueda alcanzar de cierta forma sus sueños y metas, también se puede en esta fase evidenciar una respuesta negativa en donde el paciente acepta la condición pero en forma negativa. A la vez, se puede hacer referencia en estas fases de ajuste psicológico a las diferentes estrategias de afrontamiento empleado por el paciente y la familia durante el proceso de rehabilitación, así como lo refiere, Weisman (1974 citado por Krupnick, 1999). Entre las estrategias de afrontamiento están las afectivas, donde el paciente, familia o cuidador denotan emoción, con ausencia de preocupación, sentimientos y reacciones compartidos con otros charlando ampliamente sobre la adaptación; de comportamiento, cuando el paciente es activo, se distrae, tiene una conducta sin inhibiciones, repetición, utilizando los mismos planes y actividades que en anteriores situaciones de estrés, se rige y aparta físicamente de los demás ante situaciones potenciales adaptativas; cognitivas, con búsqueda de información y control intelectual, el paciente acepta la necesidad y la convierte en una virtud; fatalismo, aceptación estoica y preparación para lo peor, proyección y exteriorización, incluyendo la culpabilización a otros, hacer todo lo que se le diga, búsqueda de un culpable y auto sacrificio.

## Rol de la Psicología y sus Estrategias

Rueda y Aguado (2003), en un artículo en el que hacen una revisión de las estrategias de afrontamiento y el proceso de adaptación frente a la lesión medular, afirman que la psicología de la rehabilitación estudia los aspectos psicológicos intervinientes y concomitantes a la rehabilitación de la discapacidad física adquirida. Sin embargo, existe un concepto restringido de rehabilitación que es entendido como un estado previo al que retornar y unas capacidades residuales a optimizar (Pelechado, 1987 citado por Rueda y Aguado). En este sentido, los autores afirman que el campo propio de acción de la psicología de la rehabilitación son las discapacidades físicas y/o sensoriales y los trastornos asociados desde una perspectiva multidisciplinar y multidimensional, con el objetivo de optimizar y potenciar al máximo las capacidades de la persona para lograr un pleno funcionamiento y la reinserción en la sociedad. Así mismo, Mateer (2003) asegura que el rol de la psicología dentro de la rehabilitación consiste en la aplicación de procedimientos y de técnicas y la utilización de apoyos con el fin de que la persona con discapacidad pueda retornar de manera segura, productiva e independiente a sus actividades cotidianas. Entonces, ¿será que realmente el rol que cumple la psicología en la rehabilitación se limita a la aplicación exclusiva de técnicas?, las personas con discapacidad pueden verse afectadas negativamente en gran cantidad de habilidades adaptativas como la capacidad de auto-cuidado, mantener relaciones sociales, tener éxito en el estudio y conseguir un buen trabajo. Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1994) refieren que la psicología cumple un papel fundamental dentro de los largos procesos en los que estos pacientes viven prolongados periodos de adaptación y ajuste. De la misma forma, Mateer (2003) sostiene que el programa de rehabilitación no sólo debe enfocarse en mejorar los déficit, sino que debe centrarse en las metas y en los resultados que pueda alcanzar el paciente a nivel funcional, lo cual reitera lo planteado al inicio de esta revisión. Por esta razón, probablemente los procedimientos psicológicos dentro del campo de la rehabilitación que se han implementado con mayor frecuencia han sido programas cognitivos conductuales (Olivares, 2004). Dentro de la terapia, Mateer (2003) sugiere unos principios que considera básicos para llevar a cabo la rehabilitación. En primer lugar, establece que

ésta se debe realizar de forma individual permitiendo tener en cuenta el nivel de la enfermedad en el paciente. Aunque es importante rescatar que no en todos los casos así sea el paciente el único perjudicado física o emocionalmente, es necesario intervenir en forma individual puesto que el ser humano está rodeado de otros que de alguna forma influyen considerablemente en muchos aspectos intra e interpersonales, sabiendo que las personas son seres que perciben sensaciones a través de sentidos que a su vez son reforzados por estímulos externos o internos. Entretanto, lo que se plantea es si, por consiguiente, la técnica individual es mejor que la grupal para el paciente que frecuenta los servicios de salud, o si tanto una como otra son apropiadas en este contexto y si la función del psicólogo es necesariamente practicar la psicoterapia (Dimenstein, 2000). En segundo lugar, al igual que afirma Clark (2003), la terapia requiere del trabajo conjunto con la persona, la familia y los diferentes terapeutas que intervienen en ésta. Asimismo, señala que dentro de estos procedimientos es importante examinar la forma en que el paciente evalúa su tratamiento a partir de sus representaciones o percepciones que han sido influenciadas por patrones y experiencias previas. En tercer lugar, Mateer (2003) resalta la importancia de tener en cuenta los aspectos afectivos y emocionales que conlleva el daño o discapacidad, ya que es posible en algunas circunstancias los aspectos emocionales mantengan la discapacidad. Por último, se recomienda que la terapia tenga un componente de evaluación constante que evidencie la eficacia del proceso. Olivares (2004) afirma que el rol de la psicología va más allá y explica que el objetivo de la terapia psicológica no se debe limitar a intervenir la patología que se desencadena a causa de la discapacidad, sino que esta terapia debe constituir parte del tratamiento integral del paciente discapacitado. Entonces, se hace evidente que la persona que se encuentra dentro de un proceso de rehabilitación, cada día debe adoptar un papel más activo acompañado por múltiples servicios y programas que trabajan conjuntamente en mejorar la calidad de vida. Siendo este término complejo para cada una de las personas, sea profesional, ama de casa, trabajador, desempleado, estudiante y demás, ya que la calidad de vida varía según las creencias y significados que la persona tenga en cuanto a los diferentes acontecimientos o condiciones físicas que se le presenten, lo cual va acompañado de su cultura y de los hábitos que se tengan.

Igualmente, es importante tener en cuenta que el inicio de una enfermedad crónica o una discapacidad es un acontecimiento que cambia la vida, donde la mayoría trata de encontrar el significado de lo que será el proceso de adaptación a los cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales. En consecuencia, la intervención psicológica, inicialmente, debe hacerse en procesos de afrontamiento y énfasis en la expresión de emociones ante la nueva situación (Verdugo, López y Gómez, 2004). Un estudio realizado por Ojeda, Iribarren, Uricoechea, Quemada y Muñoz (2000) confirma la importancia del entrenamiento de las habilidades sociales en pacientes con daño cerebral. Este entrenamiento consiste en potencializar las habilidades conversacionales, comprensivas y expresivas, la comunicación no verbal, un entrenamiento en asertividad y el entrenamiento en resolución de problemas, logrando que los pacientes afronten con mayor éxito dichas situaciones, además de aumentarles el nivel de implicación y colaboración frente a los terapeutas como a las personas allegadas. Este estudio, evidencia las limitaciones que las alteraciones conductuales y cognitivas imponen en el área de habilidades de autonomía y en las habilidades sociales, ya que el déficit en la forma de afrontar las situaciones aumenta actitudes como el egocentrismo, la imposibilidad de considerar puntos de vista diferentes a la propia, lo cual crea un mundo cerrado e impermeable de pensamientos recurrentes negativistas sobre su situación actual. En cuanto al entrenamiento de habilidades de autonomía, es básico enseñar al paciente estrategias de solución de problemas, ya que los pacientes con algún tipo de discapacidad tienen dificultades para encontrar soluciones alternativas (Muñoz y Tirapu, 2004). Otro punto importante por destacar es la distinción de algunas funciones y procedimientos que la psicología de la rehabilitación lleva a cabo en pacientes con algún tipo de discapacidad, como son facilitar el proceso de duelo y adaptación a la limitación, facilitar la estructuración o reestructuración del proyecto de vida, facilitar el logro de ajuste personal y familiar y el desarrollo de potencialidades en el plano personal (Maya, 2002). Retomando el argumento de la división de psicología de la rehabilitación de la Asociación Americana de Psicología, “los psicólogos de la rehabilitación han de preocuparse del crecimiento personal y social de las personas con discapacidades, promoviendo su perspectiva personal y un óptimo uso de sus capacidades. Han de tener como metas y objetivos la mejora de la práctica de la

rehabilitación y la promoción de cambios en el entorno para hacer así más accesibles las oportunidades en las relaciones sociales, en el empleo, en la educación, en la comunidad y en las actividades de ocio a las personas que sufren deficiencias y discapacidades” (Ruano, 1999).

## CONCLUSIONES

A partir de las consideraciones hechas a lo largo de esta exposición, se puede afirmar que dentro de la rehabilitación se manejan conceptos y principios inherentes a cada disciplina que son aplicados según la especialidad y el objetivo propuesto con el paciente, siendo indispensable estar siempre informado sobre toda intervención de las estrategias o métodos a seguir en un proceso de rehabilitación donde está en juego la calidad de vida del paciente, abarcando el bienestar psicológico, físico y mental. La significación del cuidador en los diferentes aspectos que como seres humanos comprometen de alguna u otra forma el entorno que le rodea deber ser valorada y a su vez este entorno ser entendido como aquel influenciado por variedad de estímulos o características que alteran el estado emocional del individuo. Al adoptar un programa de rehabilitación en las diferentes instituciones, suele omitirse o subvalorarse el estado emocional del paciente puesto que su especialidad recae solamente en mejorar la parte física, pero lo recomendable es reconsiderar esta postura teniendo en cuenta los postulados descritos a lo largo de este análisis que exponen un ser humano como aquel que se desarrolla y se construye a nivel personal de las experiencias y placeres que siente desde la niñez, experiencias que son asumidas dentro de la persona y que originan un aumento de ciertas habilidades que lo convierten en una persona con pensamientos, sentimientos y emociones que con el tiempo se fortalecen e irradian hacia los demás y hacia su propio ambiente.

Por esto, es importante tener en cuenta que el paciente que se atiende, es un ser que no puede percibir la misma situación como lo hace el médico, la familia, los amigos y demás personas dada su explícita condición. En el momento de intervenir es importante saber y conocer las expectativas que tiene el paciente en cuanto a su proceso de

rehabilitación, cuáles son sus miedos y sus sentimientos porque en ese momento el paciente siente una gran incertidumbre sobre el futuro propio y el bienestar de su familia. En la rehabilitación se pueden observar casos de pacientes amputados, con accidentes cerebro-vasculares, enfermedades congénitas, enfermedades progresivas y retardo mental, entre otras, en las que cada una tiene una consecuencia diferente y, por lo tanto, una intervención diferente aplicable desde una disciplina específica; es triste ver en ocasiones como los médicos y especialistas de diferentes disciplinas olvidan que el ser que tienen en frente con una discapacidad no solo está ahí por una discapacidad física sino también porque una parte de su estructura mental se encuentra altamente afectada.

En un caso que se observó en la Clínica Teletón, un adolescente de 14 años de edad tuvo un accidente de tránsito en una noche de rumba, todo cambió para él y para su familia puesto que él terminó en muy malas condiciones. En ese momento, corrió con buena suerte porque los paramédicos lo trasladaron a una clínica reconocida porque llevaba consigo el carné de salud, mientras que su amigo que no llevaba papeles no corrió con la misma suerte y no lo atendieron en la misma clínica ni con la misma rapidez, lo que lo llevó a la muerte. Este caso expone la frialdad que la familia experimentó, crudeza que a veces va más allá de los médicos y las disciplinas puesto que por circunstancias de la vida y por situaciones que se salen de contexto, unos se ven más afectados que otros, por un simple hecho o por que Dios lo quiso así. Esta situación es ideal para ilustrar como en los dos casos, tanto el de la familia del adolescente que sería sometido a rehabilitación como el de la familia del adolescente que muere, se necesita apoyo y acompañamiento por parte de un equipo médico y terapéutico cualquiera que fuere el hecho. Cada situación afecta de cierta forma el estado psicológico y emocional perturbando o alterando una estabilidad mental que se ve distorsionada en el transcurrir de los días, alteración que no muchos aceptan o percatan por un mito sobre el apoyo terapéutico que ha perjudicado la psicoterapia.

Retomando el caso del adolescente en rehabilitación, su familia describía asombradamente la forma en que los médicos intervienen olvidándose de aquel paciente como una persona con sueños y de una familia que está involucrada directamente. Los médicos no dieron un pronóstico bueno, dijeron que el niño no iba a volver en sí y que

era necesario esperar dado su estado de coma, y si despertaba tampoco se podía esperar lo mejor por que su condición física era pésima. Después de un tiempo corto, al despertar el niño del coma, efectivamente no estaba en buenas condiciones, sus sentidos eran nulos y, por lo tanto, los médicos dijeron que esa iba a ser su condición para siempre. A pesar de lo escuchado, la familia y los cuidadores a raíz del amor y del estrecho vínculo hacia el paciente, comenzaron a llevar a cabo, a espaldas de los médicos, una serie de actividades para que el niño volviera en si, hasta que con una recuperación de un año y un cambio de clínica, pudieron recuperar al niño físicamente, porque emocionalmente, la familia comenta que cambió en muchos aspectos que han sido de gran beneficio no solo para él sino para todos. Con esto se quiere resaltar lo indispensable que es no sólo mirar lo externo sino mirar a la persona y a su entorno de forma individualizada, puesto que todos los que están en su sistema están siendo involucrados y afectados de alguna forma, y por lo tanto, este sistema y aquellos que se involucran en constante apoyo y acompañamiento deben ser tenidos en cuenta al manejarse emociones muy fuertes, que para todos, no suelen ser placenteras.

Este caso es útil para ilustrar como las emociones afectan de forma tal que el cuidador/familiar termina por adquirir una enfermedad producto del desgaste emocional que conlleva su labor y al no sentir un respaldo terapéutico adecuado. Es vital que la recuperación se produzca no sólo en un ámbito físico sino en un contexto social, involucrando a las familias y a la comunidad logrando reintegrar a la persona a su medio ambiente familiar, educativo y laboral.

Finalmente, esta revisión pretende consolidar a través de los postulados y situaciones citadas que un programa de rehabilitación debe concentrarse en las metas y los resultados que pueda alcanzar el paciente a nivel funcional y no sólo enfocarse en superar la discapacidad. Nunca se debe olvidar que una enfermedad crónica o una discapacidad es un acontecimiento que cambia la vida del paciente pero también de su grupo familiar, por lo tanto, entender y manejar el proceso de adaptación y rehabilitación con éxito tendrá que ser el resultado de una transmisión adecuada, por parte de los especialistas y terapeutas, de los conceptos, situaciones y funciones con los que se enfrenta el cuidador y sistema familiar.



## Referencias

- Abreu, M., (2001). Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*. (Vol.17), 2
- Agudo, D. L., Alcedo, A. M., (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema*. (16)2, 261-269.
- Álvarez, C. L., (2005). El derecho a la salud en Colombia: Una propuesta para su fundamentación moral. *Revista Panam, Salud Publica/pan/Am J Public Health*. 18 (2) 129-134.
- Arribas, D. JM., Fernández, M., Pérez, J., (2005). La equivalencia de los test de valoración con la clasificación internacional de la funcionalidad discapacidad y la salud. *Revista iberoamericana de fisioterapia y kinesiología*. (8), 36-43.
- Barahona. A., Díaz. D., (2005). *La importancia de un buen cuidador*. Disponible en red: [www.larioja.org](http://www.larioja.org), extraído el 04 de mayo del 2006.
- Barrón, A., (1996) *Apoyo social*. En: Aspectos Teóricos. Madrid: siglo XXI. 1-52.
- Bent, K., (1999). The ecologies of community caring. *ProQuest Psychology Journals*. (21) 4-29.
- Bishop, M., (2005). Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: Preliminary Analysis of a Conceptual and Theoretical Synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. Washington, (Vol. 48) Iss. (4), P. 219-231. Artículo recuperado el 16 de Mayo de 2005 de la base de datos Proquest.
- Bowlby, (1998) *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidas.
- Branje, J.S., Lieshout, C., Van Aken, M., (2004) Relation between big five personality characteristics and perceived support in adolescents families. *Journal of personality and social psychology*. (86) 4, 615-628.
- Castelnuovo T. P., (1991). The psychological consequences of physical trauma and defects. *International review of psychoanalysis*. (8), 145-154.

- Chambers M., Ryan, A., Connor S. L., (2001) Exploring the emotional support needs and coping strategies of family cares *Journal of Psychiatric and mental Heal Nursing.* (8), 99-106.
- Clark, M., (2003) *The NSF for diabetes: a health psychologist's perspective.* *Health Psychology.* Diabetes and Primary care.
- Clínica Universitaria Teleton (2006). *Programa de Rehabilitación Integral.*
- Cementwala, A. M., (2004). Documento de la posición de rehabilitación internacional sobre el derecho a la (re) habilitación. *Disability World journal.* (23) disponible en la red: ( [www.disabilityworld.org](http://www.disabilityworld.org), recuperado el 2 de mayo 2006)
- Cerrato, I., Fernández, I. M., López, A., Sánchez, M., (1998). La entrevista de carga del cuidador: utilidad y validez de concepto de carga. En: *servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia.* (14) 2, 229-248.
- Cook, W. L., (2000) Understanding attachment security in family context. *Journal of personality and social psychology.* (78), 285-294.
- Dennis, R., Williams, W., Giangreco, M., Cloninger, CH., (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. *Siglo cero.* 25(5), 5-16.
- Dimenstein. M., (2000). Los (des) caminos de la formación profesional del psicólogo en Brasil para la actuación en la salud pública. *Revista Panam salud/pan Am/ public Health.* 13(5), 341-345.
- Fernández, F., (1998). Metodología general de evaluación de programas de rehabilitación. *Evaluación de programas sociales.* Oviedo: España. 59-92.
- Fernández, P., Bernal, I., Hernández, P., (1998) Evaluación De Un Programa De Intervención Educativa Para Familias De Alcohólicos. *Revista Cubana Medicina General Integral.* Pp. 213-217
- Figley., (1983). Estilos de afrontamiento. *Unidad de salud mental.* Clínica del puente del común.
- Gamboa, G., (1998). Consentimiento informado para el paciente Terminal y su familia. *Persona y bioética.* Academia de bioética, Santiago de Cali. 33-52.

- Gosepath, S., (2001). *Consideraciones sobre las fundamentaciones de los derechos humanos sociales*. En: Alonso MA, Giraldo, J, (eds) escuela nacional sindical. 15-58.
- INSERSO, (1995) Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: *manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid.
- Krueger, D., (1982). Emocional rehabilitation patient. *International journal of psychiatry in medicine*. 11, 183-191.
- Krupnick, J., (1999) *diagnostico y tratamiento de los trastornos por estrés postraumático*. 2. 23-31.
- Lara, H., (2004) Algunos problemas y soluciones en la rehabilitación psicosocial del enfermo psiquiátrico y neurológico. *Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría*, Jul-Sep. P. 122-129.
- Lazarus, R. S., Folkman, S., (1986). *Estrés y procesos cognoscitivos*. Barcelona. Martínez Roca.
- Llanos, R., Orozco, C., Hoyos de los Ríos, O., (1997). Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología*. (29) 1, 115-137.
- López, B., (1998). Orientación en rehabilitación cognitiva. *Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén*. Disponible en red: [www.uninet.edu](http://www.uninet.edu). Extraído el 3 de abril 2006.
- Maslow., (1970). Teorías de la personalidad. En: Bárbara Engler, Jorge Velásquez, Blanca Moralla. *¿Quién esta entre los que se realizan?* México. Cuarta edición.
- Mateer, C., (2003) *Introducción a la rehabilitación cognitiva*. Avances en psicología. Clínica Latinoamericana. (21), 11-20.
- Maya. I., (2002). *Servicio de Psicología para personas con limitación visual*. En: Instituto nacional para ciegos. Bogota: Colombia. 3-27.
- Mazorra, M., (2004). *Rehabilitación psicosocial y terapia ocupacional: una nueva visión desde el modelote la ocupación humana*. Disponible en la red: [www.terapia-ocupacional.com/articulos/](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/) recuperado el 30 de marzo 2006.
- Minuchin, S., (1986). *Familias y terapia familiar*. Barcelona. Granica. 80-86.

- McCubbin., Olson., (1983) Estrés acumulativo y estrategias familiares para enfrentarlo. *Unidad de Salud mental*. Clínica del puente del común. 1-3.
- Muñoz, J. M., (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid. Síntesis.
- Muñoz, J., Tirapu, J. (2004) Rehabilitación de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*. (38), 656-663.
- Navaie M., Feldman p., Gould D., Levine c., Kuerbis A., Doneland K. (2002) When the Caregiver needs care: The plight of vulnerable Caregivers. *American Journal of Public Health*. (93), 3.
- Núñez. B., (2004). *Un cambio de mirada: de la patología a las fortalezas de las familias que tienen un hijo con discapacidad*. Disponible en la red: (www.discapacidadyfamilia.com. extraído el 24 de abril del 2006
- Odette, P., (1992). *Depression and Attachment Problems*. New York. Guilford Press.
- Ojeda del pozo, N., Iribarren, J. Urriticoechea, I., Quemada, J. Y Muñoz, J. (2000) Entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista de neurología*. (Vol. 30), p. 783-787.
- Olivares, M., (2004) *Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico*. Avances en psicología Clínica Latinoamericana. (22), 29-48
- Organización Mundial de Salud (1983). Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. *Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid.
- Patiño, J., (1999). Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la Salud; impacto de la reforma de la seguridad Social en salud sobre la Medicina como profesión y como ciencia. *Pronunciamento de la academia frente a la ley 100 de 1993*.
- Pearlin, L. I., Mullan J.T., Semple S.J., Skaff M. M.,(1990) Caregiving and the stress process. *The Gerontologist*.30(5):583-94.
- Rawls, J., (1996) liberalismo Político Santa Fe de Bogota: *Fondo de cultura económica*.
- Rico, J., (2000) psiconeuroinmunología y cáncer. Publicaciones: *Fundación Santa fe de Bogota*. (Vol. 2), 1-3.
- Ríos, G. J., (1992). Cinco modelos de fichas en la terapia familiar. *Cuadernos de terapia familiar*. (1) 21: 5-16; (2) 22: 25-28.

- Ruano, A., (1999). *Psicología de la Rehabilitación y Neuropsicología en Afectados por Accidentes de Trabajo-Tráfico*. España, Fundación MAPFRE. Disponible en red: <http://es.wikipedia.org>, extraído el abril 20 del 2006.
- Rueda, M. B., Aguado, A., (2003). *Estrategias de Afrontamiento y Proceso de Adaptación a la Lesión Medular*. Madrid. IMSERSO, Colección Estudios e Informes. Series Estudios N. 10.
- “Rehabilitación”. Disponible en red: <http://es.wikipedia.org>, extraído el 20 de abril 2006.
- Sánchez, N., (2002). Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. *V congreso sudamericano de investigación en psicoterapia empírica*. Viña del Mar.
- Sandel, W., (2002) *El liberalismo y los límites de la Justicia*. Barcelona: GEDISA.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, (2006). *¿Quiénes son los cuidadores de personas mayores dependientes?* Disponible en red: [www.sociedadespagnoladegeriatriaygerontologia.com](http://www.sociedadespagnoladegeriatriaygerontologia.com). Recuperado el 30 de mayo 2006.
- Vash, C., (2003). Viewing disability through differing lenses: Medical, political, and psychological. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. (2004). (4), 247-250
- Verdugo, M., López, M., Gómez, A. (2004) Aplicación de un programa de habilidades de Autonomía personal y sociales para mejorar la calidad de vida y autodeterminación de personas con enfermedad mental grave. *Rehabilitación psicosocial*. (1), 2 47-55.
- Verdugo, M.A., (1995). El papel de la psicología de la rehabilitación en la integración de personas con discapacidad y en el logro de la calidad de vida en daño cerebral traumático. *Neuropsicología y calidad de vida*. 3-22. Madrid: fundación MAPRE mediana.
- Watzlawick, Weakland y Fish (1974), citado en; *Inventarios de familia*. Colombia, traducción publicada por la Universidad Santo Tomas
- Wojtyla, K., (1996). Amor y responsabilidad. *La persona y el amor*. (Ed). Plaza y Janes Barcelona: España.

Wessely, S., Rose, s., Visón, J., (1998) *intervenciones psicológicas breves para los síntomas relacionados con traumas y para la prevención del trastorno por estrés post traumático*. The Cochrane libraly. 2.

Yepes, S., (1996) *Fundamentos de antropología: Un ideal para la excelencia humana*. (Ed) Eunsa, Pamplona.