

PROYECTO DE PRÁCTICUM I



ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS DE LANZAROTE



Autor: Kathleen Phillips, estudiante de la UOC, Junio 2011

INDICE

	Páginas
1. Introducción.....	3 - 4
2. Objetivos del Practicum.....	5 - 6
3. Descripción del centro	6 - 11
▪ Historia.....	6
▪ Servicios que ofrece.....	6
▪ Programas que ofrece.....	7
▪ Descripción del Servicio de Prácticas.....	7 - 11
a) Servicio de apoyo a familias de personas con discapacidad intelectual (SAF).	
b) Servicio de atención psicológica del Centro.	
▪ Programación de Practicum.....	11
▪ Personas de referencia.....	11
4. Descripción de la actividad realizada.....	12 – 62
▪ Descripción de las actividades habituales del SAF y del servicio de atención psicológica de Centro y primeras impresiones	12 - 15
▪ Actividades de Practicum y algunas conclusiones.....	16 - 22
▪ Marco teórico.....	23 - 39
▪ Relación teoría – práctica.....	40 - 55
▪ Observaciones sobre el rol de psicólogo/a.....	56 - 57
▪ Consecuencias de nuestra intervención – colaboración.....	58 - 59
▪ Dificultades para realizar las intervenciones y formas de Resolverlas.....	60
▪ Algunas consideraciones sobre el trabajo en equipo.....	61 - 62
5. Conclusiones y prospectiva	63 - 65
6. Valoración crítica	66
7. Anexos	67 - 84
8. Bibliografía	85

1. INTRODUCCIÓN

El Practicum I lo realizamos en la Asociación de Discapacitados de Lanzarote (ADISLAN), dónde actualmente trabajamos en el área residencial. Colaboramos con dos profesionales, por un lado en el Servicio de Atención a Familias (SAF) así como en el área de atención psicológica del Centro.

En el SAF centramos nuestro trabajo en el área de *Apoyo emocional para familias*, ya que es algo que nos interesa especialmente por nuestra experiencia en este campo profesional. Llevamos varios años trabajando en el centro residencial de esta asociación, y observamos que los clientes que acuden y residen temporal o en estancia prolongada en el centro, son clientes que provienen de familias generalmente complejas, desestructuradas o con diversas problemáticas, acompañadas en general de un bajo estatus económico. Hemos observado cómo la falta de relación entre los clientes residentes con discapacidad intelectual y la familia, así como el desarraigo o las malas relaciones familiares crean desde nuestro punto de vista parte del estrés, baja autoestima y sufrimiento que pueden experimentar las personas con discapacidad intelectual en régimen de residencia. Cuando estas personas pierden los lazos familiares o estos se debilitan, pierden parte de su *identidad*, de sus raíces. Pensamos que una relación familiar adecuada ejerce un inmenso beneficio tanto para la familia como para la persona con discapacidad. A partir de esta experiencia, nos interesó profundamente el trabajar e intervenir en el área que se refiere al apoyo a familias, ya que pensamos que ellas son la base de un buen crecimiento y educación de las personas con discapacidad. Las personas con discapacidad necesitan del apoyo familiar, ya que ellos son el núcleo de identidad que conforma su persona. Y muchas veces, las familias no saben cómo afrontar su problemática, ya que su vida cambia en gran medida cuando nace la persona con discapacidad. Aquí nuestro papel es fundamental, en primer lugar para orientar y acompañar a la familia en el proceso de adaptación al cambio que esto supone, así como en el futuro para formar en la mejor forma de educación y apoyo a la persona con discapacidad. También el apoyo a familias supondrá el intervenir en problemáticas concretas, o en ofrecer recursos a las familias, etc.

Por ello hemos mostrado especial interés en conocer las funciones que se llevan a cabo en esta área y en esta sección de trabajo como es el *Apoyo emocional para familias*, así como las actividades, talleres, cursos de formación etc. que desde aquí se imparten. Nuestro trabajo de intervención en esta área ha sido anteriormente pautada con la tutora y es la siguiente: comentaremos la intervención de la psicóloga en casos concretos de atención a la familia (sesiones psicológicas. Por otro lado atenderemos distintos talleres (grupo de padres y madres, café tertulia, grupos de hermanos, etc.), dónde realizaremos una observación de cómo se desarrollan los talleres, qué temas se tratan, cómo interviene la psicóloga, etc. En este área estas son las tareas de las que tomaremos parte, por lo que de forma simultánea a nuestro trabajo profundizaremos en lo que a intervención sistémica y familiar se refiere, de manera que lleguemos a dominar unas herramientas básicas de intervención y trabajo en este campo; también deberemos trabajar en los temas que se tratan en los talleres, por lo que serán temas interesantes que podremos desarrollar en nuestro proyecto, como por ejemplo el de "autonomía" en la persona con discapacidad.

Además de colaborar con el SAF, hemos optado por trabajar el PRACTICUM a su vez en el área de atención psicológica del Centro. Este servicio atiende las demandas que generalmente provienen de los profesionales del centro que están implicados en los servicios que desde ADISLAN se ofrecen a las personas con discapacidad. Por ello desde aquí se abarcan un amplio abanico de tareas, desde la evaluación psicológica de nuevos clientes al entrar al centro por primera vez, atención a casos concretos en relación a los clientes con discapacidad, elaboración de informes psicológicos como parte de la elaboración de datos que guarda el centro en relación a sus clientes, creación de pautas de actuación conductuales para trabajadores a la hora de afrontar comportamientos concretos que puedan darse en clientes (crisis, agresividad, etc.), y un largo etc. Por las variadas tareas que se llevan a cabo desde aquí, así como el contacto que el psicólogo mantiene con trabajadores y clientes, nos ha interesado colaborar en este servicio, de modo que podamos aprender a realizar distintas funciones, además de observar la intervención desde otro punto de vista, en comparación con el trabajo que se realiza en el área de atención a familias.

Debemos tener en cuenta, que la perspectiva que utiliza el profesional de este servicio es una metodología de trabajo fundamentada en la perspectiva conductual, lo que nos proporcionará un aprendizaje de distintas técnicas de intervención a las que se utilizan en el Servicio de Atención a Familias. Podremos realizar de forma paralela por lo tanto un aprendizaje en lo que se refiere a la base teórica que fundamenta esta perspectiva, así como una profundización en las técnicas que desde esta teoría se pueden dar para atajar problemas de conducta. Esta área también nos interesa especialmente ya que desde ella se realizan intervenciones sobre problemáticas concretas de los clientes, en coordinación con el SAF y los profesionales de las distintas áreas a las que pudiera acudir la persona con discapacidad. Este trabajo requiere una coordinación adecuada, de modo que se solventen los problemas que puedan surgir de forma multidisciplinar. El observar cómo esto se puede conseguir es uno de los objetivos de aprendizaje que tenemos al trabajar en este campo. Es nuestro objetivo aprender cómo se puede dar esto de forma satisfactoria, además de comprender las alternativas que ofrece el psicólogo a las distintas situaciones y problemas. Este será el principal objetivo que nos mueve a la hora de querer implicarme y formar parte de este equipo.

Iremos marcando semanalmente un horario de asistencia, dependiendo cómo se organice el psicólogo en su trabajo. Por ello semanalmente contactaremos con él, y nos citaremos en su despacho cuándo a él le convenga. En un primer momento nos vamos a dedicar a comprender cómo se redactan informes psicológicos, así como la creación de algunos informes sobre clientes que acuden al centro, que se deberán consensuar de forma coordinada con los trabajadores más directos en relación a dichos clientes. Aquí nuestra labor será la de reunirnos con los trabajadores y repasar los informes de forma que estos se ajusten a la realidad lo máximo posible. Además participaremos en unas sesiones de role playing ya marcadas en relación a una problemática que presenta uno de los clientes del centro residencial de la asociación. Este será el comienzo de nuestro trabajo, que esperemos sea lo más productivo posible, y para el que dedicaremos el tiempo establecido en nuestro convenio de prácticas, 90 horas presenciales.

2. OBJETIVOS DEL PRACTICUM

Como **objetivos generales** para el Practicum I planteamos los siguientes:

- Comprender las funciones de trabajo del psicólogo en los dos campos donde colaboramos: el SAF y el punto de atención psicológica del Centro.
- Aprender el rol de psicólogo.
- Adquirir y consolidar conocimientos y habilidades.
- Comprender el tipo de intervención que se realiza dependiendo de la perspectiva utilizada: sistémica o conductual.
- Comprender las competencias necesarias que debemos desarrollar como futuros profesionales y adquirirlas en la mayor medida posible.
- Dotarnos de una base teórica sólida sobre el tema elegido en el Practicum I, así como sobre las diferentes metodologías que aplican los tutores de prácticas.
- Colaborar y participar de forma pactada previamente y planificada con los tutores, en las actividades que desarrollan los profesionales de cada área.
- Desarrollar al máximo nuestra capacidad y conocimiento sobre las tareas que nos sean encomendadas por parte de los tutores.
- Desarrollar habilidades comunicativas para trabajar de forma eficaz con los profesionales con los que colaboramos.

Como **objetivos específicos** para el Practicum I planteamos los siguientes:

- Seguir el plan de trabajo marcado y acudir semanalmente a las tareas pautadas previamente con los tutores.
- Formarnos adecuadamente a través de bibliografía que se preste por parte del Centro de Prácticas o fuera de él en los temas que vayan surgiendo a lo largo de las prácticas, así como en base a las dos perspectivas bajo las que vamos a colaborar (sistémica, conductual).
- Mantener una postura activa y participativa durante las prácticas ofreciéndonos para las actividades oportunas, y colaborando al máximo de nuestras posibilidades y conocimientos adquiridos a lo largo de la Licenciatura.
- Planificar gradualmente nuestra intervención en prácticas con los tutores, actividades, tareas, etc.

- Realizar un diario dónde describimos nuestra actividad práctica, dónde registramos datos que nos puedan ser útiles para comprender nuestra función como psicólogos, las tareas que debemos desarrollar, etc.

3. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO

▪ HISTORIA

El Prácticum I lo llevamos a cabo en la Asociación de Discapacitados de Lanzarote (ADISLAN). Esta asociación surgió en el año 1969 por la urgente necesidad de atender a las personas con discapacidad intelectual y sus familias. El día 30 de Agosto de 1969 se llevó a cabo una reunión que marcará el comienzo de su puesta en marcha, por parte de los miembros de la Junta rectora, que acuerdan iniciar las campañas de recaudación de fondos para iniciar sus actividades. En Octubre de ese mismo año, el Cabildo Insular de la isla de Lanzarote cede unos locales para la instalación provisional del *Colegio de Educación Especial*.

En Marzo de 1971 ceden un solar en la zona de Tahíche, municipio de Tegüise, Lanzarote, donde se instala el primer centro residencial para discapacitados intelectuales de la isla de Lanzarote. El 29 de Noviembre de 1992 se inaugura oficialmente la Residencia del Centro. En Diciembre del año 2001 ADISLAN fue declarada como entidad de Utilidad Pública, siendo de esta forma reconocida por la labor social que ha desempeñado desde entonces.

Así podemos observar cómo ADISLAN es una asociación relativamente joven, que ha crecido sustancialmente desde que se abriera su primera residencia.

La asociación, ha intentado e intenta evolucionar, no sólo en los servicios que ofrecen, sino en la filosofía de trabajo que debe regir el trabajo de cada uno de los integrantes de la empresa. Cómo el tema que aquí nos ocupa se trata de la discapacidad intelectual, hablamos en cuanto a filosofía que rige las normas del centro de conceptos que están actualmente en boga cómo son el de “autonomía”, “autodeterminación” y “calidad de vida”. La pretensión de esta empresa es conseguir que todos los miembros que a ella acuden en calidad de clientes reciban un servicio basado y fundado en este tipo de conceptos, que tanto se discuten en la actualidad en relación a lo que discapacidad se refiere. Por lo tanto, la calidad del trabajo de ADISLAN no solo está fundada en la serie de servicios que presta, sino en la filosofía que mueven su evolución y crecimiento.

▪ SERVICIOS QUE OFRECE

La asociación de discapacitados de Lanzarote (ADISLAN) ofrece sus servicios a niños y niñas comprendidas entre los 0-6 años y adultos con discapacidad intelectual y que por diversos motivos no poseen las competencias necesarias para el acceso a servicios más normalizados.

Los servicios que actualmente presta la asociación son los siguientes:

- Centro de atención temprana.
- Centro asistencial.
- Centro ocupacional.
- Centro ocupacional residencial.
- Servicio de integración laboral.
- Centro especial de empleo.
- Servicio de atención a la familia (SAF).

▪ **PROGRAMAS QUE OFRECE**

Los programas que lleva a cabo son los siguientes:

- Programa de atención familiar.
- Programa de respiro familiar.
- Programa de ocio y tiempo libre.
- Programa de deportes.
- Programa de Autogestores.

▪ **DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE PRÁCTICAS**

a) Servicio de apoyo a familias de personas con discapacidad intelectual (SAF):

El Servicio de apoyo a familias de la asociación ADISLAN (SAF), es un servicio de apoyo a las familias con un miembro con discapacidad intelectual, sin ánimo de lucro, de carácter semi-privado. Este servicio está dirigido a los familiares o tutores que tienen bajo su potestad a personas discapacitadas intelectualmente con un grado de discapacidad ligero. Este servicio también puede ir dirigido a otros agentes y entidades vinculadas o no al sector de la discapacidad.

Su ámbito de actuación se centra en territorio insular, en la provincia de Las Palmas, isla de Lanzarote, estando domiciliado en la calle Arcipreste de Hita nº 30, población Tahíche, Municipio Tegui, provincia Las Palmas, Lanzarote.

El SAF tiene como finalidad/objetivo general cubrir las necesidades y demandas que presentan las familias con miembros con discapacidad.

Este objetivo general conlleva:

- Facilitar la identificación de necesidades y recursos por parte de las familias.
- Implicar directamente a las familias en la elaboración, desarrollo y evaluación de su plan individual.
- Facilitar el acceso de apoyos y recursos directamente o a través de una gestión eficaz del entorno.

- Orientar y apoyar a la familia en la toma de decisiones durante el ciclo vital.
- Movilizar recursos de información, formación, orientación y apoyo en función de las necesidades de las familias.
- Fomentar y favorecer la creación y/o mantenimiento de un clima familiar equilibrado, que potencie el desarrollo y las relaciones positivas de todos los miembros del sistema familiar.
- Contribuir a la normalización de la vida de las familias de personas con discapacidad intelectual.

Su misión será la de acompañar a las familias de personas con discapacidad intelectual en su proyecto de vida, partiendo de sus propios recursos y fortalezas, atendiendo a sus necesidades y demandas y facilitando los apoyos necesarios para mejorar su calidad de vida y el bienestar de cada uno de sus miembros.

Para ello, el SAF se basa en los siguientes valores, que deberemos tener en cuenta a la hora de formar parte activa en las prácticas en esta área:

- a) Calidez: el servicio ha de ser percibido como cercano y accesible, promoviendo la empatía entre la familia y el personal del Servicio de Apoyo a Familias.
- b) Tolerancia: Con disposición de admitir diferentes maneras de ser, obrar o pensar.
- c) Empatía: Participación afectiva y emotiva por parte de los profesionales del servicio en las realidades de las familias.
- d) Confianza: El Servicio de Apoyo a Familias mostrará esperanza y seguridad en sus acciones.
- e) Solidaridad: Fomentando la unión entre las familias y la cooperación entre ellas.
- f) Flexibilidad: el servicio ha de saber adaptarse a las necesidades de cada familia que cambian conforme a su evolución y que hay que evaluar con ellas.
- g) Participación: un servicio de calidad debe facilitar y potenciar la participación de las familias en la identificación de sus necesidades y en la elaboración de las soluciones.
- h) Orientación positiva: el Servicio de Apoyo a Familias centra sus esfuerzos en la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de las familias, partiendo de las capacidades y recursos de cada una de ellas, determinando la forma de intervención.
- i) Individualización y respeto: el Servicio de Apoyo a Familias ha de prestar apoyos individualizados, capaces de resolver las necesidades reales contando con la participación de las familias, respetando las características y el proyecto vital de cada una de ellas, sus necesidades y decisiones.
- j) Responsabilidad: Con la obligación de responder a las necesidades implícitas o no de las familias y de todos sus miembros.
- k) Compromiso: Respetando la obligación contraída entre las partes.
- l) Calidad: el servicio está comprometido con la mejora permanente de todos sus procesos.
- m) Transparencia/comunicación: Con actitud de dejar ver claramente la realidad de los hechos y de transmitir a los demás esta realidad.
- n) Cooperación: La familia es activa socialmente; presta apoyos a otras familias que lo precisan y se constituye en elemento esencial de un movimiento de ayuda mutua.

- o) Trabajo en equipo: Los apoyos que facilita el servicio han de prestarse desde distintos ámbitos profesionales que trabajen de manera coordinada para apoyar a la familia en su globalidad.
- p) Multiprofesionalidad: los equipo de trabajo están formados por distintos profesionales con el fin de trabajar coordinadamente para apoyar a las familia de forma integral.
- q) Globalidad: Para intervenir de manera adecuada es necesario contar con una visión de conjunto de las familias comprender su estructura y relaciones tanto internas como externas.
- r) Eficacia: El servicio planificará su intervención con la virtud de obrar adecuadamente para la obtención de un efecto predeterminado.
- s) Aprendizaje continuo: El Servicio de Apoyo a Familias debe centrar sus esfuerzos en la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de las familias, partiendo de sus capacidades y recursos.
- t) Seguridad: El Servicio de Apoyo a Familias debe dar garantías a sus clientes en cuanto al cumplimiento de sus fines.
- u) Innovación: En constante estado de mutación adaptándose a las nuevas necesidades de sus clientes.

A continuación pasamos a describir las áreas que atiende el SAF, y más ampliamente el área en el que realizaremos nuestro trabajo de Practicum I:

1. Área de Apoyo emocional:

Este es el área en el que centraremos nuestro trabajo de Prácticum, el área de Apoyo Emocional. Esta área persigue dotar a las familias de estrategias de afrontamiento personal, emocional y social que favorezca la adaptación a la llegada y crecimiento de un miembro con discapacidad intelectual. Dentro de la modalidad grupal se encuentran: los grupos de apoyo, grupos de autoayuda, padres y madres acogedores, etc., en los que se favorece el apoyo mutuo y el intercambio y enriquecimiento de experiencias.

Nos parece importante describir las acciones que se derivan de esta área, y que describen algunas de las acciones que se llevan a cabo para la intervención con los familiares interesados:

Programas de acción grupal:

- a) Grupos de apoyo de madres y padres: Son grupos estables de padres y madres de personas con discapacidad, que se reúnen periódicamente para compartir experiencias y aumentar su formación, con el fin de optimizar mejor sus habilidades en la educación y desarrollo de sus hijos con discapacidad. Estos grupos cuentan con el apoyo técnico de un dinamizador de grupo. A estos grupos se pueden añadir abuelos/as, hermanos/as, tutores, etc.
- b) Grupos de apoyo de hermanos y hermanas: Son grupos estables de 8 a 15 hermanos y hermanas que se reúnen periódicamente durante un espacio de tiempo determinado, para abordar en común aspectos relativos a su hermano/a y su relación con él/ella y su entorno (familia, amigos/as, colegios y centros, profesionales, vecinos/as, comunidad), apoyados por uno o varios dinamizadores/as.

- c) Grupos de apoyo: Con el objetivo de crear un espacio de encuentro, de reflexión, de intercambio de experiencias y de aprendizajes se ha creado un grupo de apoyo destinados a los familiares de las personas con discapacidad. La selección de los temas abordados en las distintas sesiones del grupo, se asientan en criterios como la funcionalidad, el bienestar y la mejora de la calidad de vida familiar. La intervención en estas áreas se consideras prioritarias por permitir el desarrollo personal y social necesario para lograr la adaptación de las familias a las distintas áreas de la realidad. Las áreas de intervenciones en las que se ha trabajado son: habilidades sociales y de comunicación, estrategias de afrontamiento al estrés, el autocuidado, autoestima, etc.
- d) Talleres de hermanos y hermanas: Se trata de una actividad puntual, en la que participan hermanos/as menores de edad (niños y jóvenes), con un número de sesiones determinadas (4 - 6) y de 3-4 horas de duración cada una.

Cada taller varía en función de la edad de los participantes, y a través de diferentes actividades lúdicas, adaptadas a su edad, se promociona la comunicación y el intercambio de experiencias entre los participantes. También se facilita información acerca de la discapacidad.

2. Área de Información, Asesoramiento y Orientación Familiar

3. Área de Formación

4. Área de Dinamización, Ocio y Tiempo Libre y Sensibilización

5. Área de Conciliación de la vida laboral, personal y familiar:

b) Servicio de atención psicológica del Centro ADISLAN:

El servicio de atención psicológica del Centro atiende las demandas que surgen en relación a todos los servicios que ofrece el centro. Estas demandas generalmente provienen de los trabajadores que atienden los distintos servicios que ofrece el centro (cuidadores, monitores, coordinadores, etc.), y se refieren a clientes que asisten a las diferentes áreas que engloban ADISLAN. Se trabaja de forma coordinada con todo el Centro y los profesionales a los que les corresponde cada demanda. El trabajo lo atiende el psicólogo Raúl Varona, que además tiene como función atender las citas psiquiátricas de los clientes del servicio Residencial.

Por lo tanto, abarca un amplio abanico de casos en el que el objetivo es dar solución a las diferentes problemáticas que surgen en relación a los clientes con discapacidad intelectual que utilizan alguno de los servicios de la asociación, o resolver demandas para perfeccionar o mejorar lo ya existente en el centro.

▪ **PROGRAMACIÓN DE PRACTICUM**

El Prácticum se realizará a lo largo del mes de marzo, abril y mayo; se ha pautado con los tutores del Prácticum el acudir, a partir del día 10.03.2011, en horario de mañana o tarde, dependiendo de las actividades programadas. Dependiendo de la necesidad de apoyo, las realizaremos a lo largo de uno o dos días a la semana.

No hemos pautado cronológicamente los días exactos, ya que no es posible, debido a que las actividades que realizan se van configurando generalmente de modo sucesivo y sin pautar, ya que dependen de las demandas semanales de los clientes.

▪ **PERSONAS DE REFERENCIA**

La tutora de prácticas, Noelia Garcés, trabaja como psicóloga en ADISLAN desde el 2010, con la que realizaremos la parte que se refiere al Practicum I en el SAF.

El psicólogo Raúl Varona, con el que trabajaremos otra parte del Practicum I, siguiendo su trabajo como psicólogo del centro y atendiendo a las demandas que surgen por parte de los trabajadores en distintos ámbito de las prestaciones de la asociación.

4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES HABITUALES DEL SAF Y DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL CENTRO y PRIMERAS IMPRESIONES:

A continuación pasamos a describir los ámbitos en los que estamos desarrollando nuestro Prácticum I en las dos áreas de colaboración:

1. Servicio de Apoyo a Familias (SAF):

El Área de Apoyo emocional es el área en el que tomamos parte para el Practicum I. Aquí el objetivo principal es dotar a las familias de estrategias de afrontamiento personal, emocional y social que favorezcan la adaptación a la llegada y crecimiento de un miembro con discapacidad intelectual en la familia. Las **tareas** que llevan a cabo como hemos dicho para intervenir en el aspecto emocional relacionado con el afrontamiento de la familia con un miembro con discapacidad a su cargo, son los **Programas de acción grupal** (Grupos de apoyo de madres y padres, Grupos de apoyo de hermanos y hermanas, Grupos de apoyo, Talleres de hermanos y hermanas).

Tras observar las tareas que se llevan a cabo para cumplir con el principal objetivo de este servicio, pasamos a describir cuál es su **misión como servicio**: *será el acompañar a las familias de personas con discapacidad intelectual ligera en su proyecto de vida, partiendo de sus propios recursos y fortalezas, atendiendo a sus necesidades y demandas y facilitando los apoyos necesarios para mejorar su calidad de vida y el bienestar de cada uno de sus miembros.*

Para todo lo descrito más arriba, el Servicio de Atención a Familias cuenta con las siguientes **personas implicadas**: una psicóloga especializada en la intervención con familias, tutora de nuestras prácticas (Noelia Garcés), y una trabajadora social.

Éstas se coordinarán con y principalmente los siguientes profesionales del centro: el psicólogo con el que además también colaboramos y que tutoriza nuestras prácticas (Raúl Varona), que atiende a los distintos centros diurnos para adultos, la trabajadora social del Centro ocupacional diurno, la coordinadora de Centro asistencial diurno, la coordinadora del Servicio Residencial, así como la coordinadora del Centro ocupacional diurno.

En cuanto al enfoque que utiliza la psicóloga del SAF para realizar las diferentes intervenciones, podemos hablar del enfoque sistémico como premisa que guía su trabajo y actuaciones. Esto responde a su formación como especialista en intervención familiar.

La primera impresión que suscita nuestro trabajo en este área de atención a familias, es el cómo el psicólogo debe estar preparado para afrontar tareas de diverso tipo, y cómo ante todo debe tener unas habilidades comunicativas indispensables para trabajar de cara al público. Desde el primer día que empecé las prácticas, observé la intensa tarea que deben realizar por el elevado número de actividades que llevan a cabo.

La psicóloga programa talleres casi quincenales, dónde se tratan temas variados. Dichos talleres deben ser creados, a partir de ejercicios, teoría, etc., lo que requiere una importante búsqueda de información sobre el tema, organización de tal, creación del taller, impartición y tras todo esto, recopilación y valoración del taller, del que se debe informar a la dirección de ADISLAN así como a FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual), que subvenciona dichos talleres y que debe estar informada de todas las acciones que se llevan a cabo al respecto. Paralelamente a esto la psicóloga debe atender las sesiones diarias de terapia familiar que mantiene con diferentes familias. Hay momentos en que se debe trasladar al domicilio de la persona demandante de ayuda, ya que ésta muchas veces no tiene medio de transporte, o posibilidades de desplazarse al centro. Estas familias recordemos que suelen tener un bajo nivel económico, y generalmente, ya que son personas a cargo de una persona discapacitada adulta, suelen ser personas de avanzada edad. Otra de las funciones que tiene la psicóloga, y que más bien está adoptando según las necesidades del Centro, es el atender ciertas demandas que provienen de la coordinación de los distintos servicios.

Recordemos que principalmente la tarea de este servicio es atender a familias de personas discapacitadas ligeras, mientras que realmente recibe demandas añadidas de por ejemplo el Centro asistencial diurno. Por ello este rol implica una flexibilidad y adaptabilidad a las situaciones que surgen de forma continuada e imprevisible. Además de todo esto, se deben realizar memorias anuales, y se deben redactar proyectos en vistas a conseguir subvenciones económicas que posibiliten el continuar con el trabajo previsto, así como el intentar mejorar y crecer como nuevo servicio. El SAF se trata de un servicio que funciona desde hace menos de un año, por lo que deben afrontar importantes retos. En relación a este tema, el que este servicio se haya creado recientemente, refleja la verdadera situación con la que contamos actualmente. Las políticas sociales no invierten lo que se consideraría necesario para atender todos los campos que se deberían atender en relación a la discapacidad. No existía dicho servicio porque no existían posibilidades económicas que lo permitieran, y ahora que existe se puede observar la importancia que tiene el atender las demandas de las familias, ya que éstas son el núcleo dónde debemos intervenir para mejorar la situación de las personas con discapacidad. Cómo hemos hablado con la tutora de prácticas, se ha observado cómo a raíz de la creación de dicho servicio han “aparecido” familias pidiendo consejo y ayuda, en muchos casos con personas discapacitadas ya adultas a su cargo, que no habían contactado en ningún momento con la asociación, lo que es un signo de la importancia que tiene este servicio y lo que él representa. Debemos subrayar, que esta asociación es la única en la isla que ofrece dichos servicios, y que estamos hablando de una isla con una población de 141.938 habitantes (según el INE de enero de 2009), por lo que se trata de un territorio con una población pequeña, pero que sólo cuenta con una asociación de este tipo, cómo es ADISLAN.

Por lo tanto, la responsabilidad que estas profesionales afrontan es importante, y su compromiso hacia su labor es alta, teniendo en cuenta de que además, debemos ser conscientes de que tratamos con personas, y nuestra labor debe ser motivada por una ética de trabajo que no nos haga olvidar que las personas con las que tratamos necesitan de un apoyo y una guía para encaminar sus problemas o dudas. Por lo tanto, cómo un primer acercamiento a este servicio, podríamos describirlo en términos generales bajo los conceptos de: compromiso, trabajo, flexibilidad, multidisciplinar, coordinado, ética, responsabilidad, implicación, habilidades comunicativas, formación continua, y un largo etc.

2. Servicio de atención psicológica del Centro ADISLAN:

El servicio de atención psicológica del Centro atiende las demandas que surgen en relación a los siguientes servicios: Centro asistencial diurno, Centro ocupacional diurno y Centro residencial. En este caso se atienden demandas que generalmente provienen de los trabajadores que atienden los distintos servicios (cuidadores, monitores, coordinadores, etc.), y estas se dan en relación a clientes que asisten a los servicios señalados. Se trabaja de forma coordinada con todo el Centro y los profesionales a los que corresponde cada demanda. Se trata de un área en el que el rol del psicólogo abarca un trabajo que en muchas ocasiones surge de forma inesperada, por problemáticas que se puedan dar en el centro. No existe cómo sí sucedía en el anterior área descrita, el SAF, una guía o puntos de las áreas que atiende, sino que el trabajo, cómo hemos dicho, se adapta a los cambios diarios, clientes, etc. y los conflictos que surjan en relación a estos.

De todos modos, sí que podemos describir ciertas **funciones** que sabemos que son **tareas** de este puesto, a pesar de intervenir del psicólogo de esta área de forma imprevista muchas veces en los problemas del día a día, y de las que segura alguna dejamos en el tintero debido a la flexibilidad que requiere el puesto:

- a) Acudir a citas psiquiátricas con las familias o profesionales referentes de los clientes del centro.
- b) Realizar informes psicológicos cuando entran nuevos clientes en el centro.
- c) Actualizar informes psicológicos.
- d) Crear informes actualizados para disponibilidad de los trabajadores, dónde se da la información pertinente necesaria para las personas de atención directa acerca de clientes concretos.
- e) Crear protocolos de actuación ante determinadas problemáticas de clientes, cómo crisis de agresividad, trastornos de conducta, etc.
- f) Atender los talleres de “Autogestores” con los clientes discapacitados ocupacionales, participando en los debates desde un punto de vista psicológico.
- g) Participar en las reuniones del “Equipo Guía”, formado por las coordinadoras de los centros tanto asistencial como ocupacional diurno, así como por la coordinadora residencial.
- h) Reuniones semanales con dirección para realizar un seguimiento del trabajo realizado y atender demandas que desde aquí se formulan.
- i) Atender a las familias y derivar sus peticiones al servicio pertinente cómo en muchos casos es el SAF, y realizar intervenciones sobre casos concretos que necesiten de una atención multidisciplinar.
- j) Crear protocolos de actuación para las áreas de coordinación y para técnicos junto con el área de enfermería y en relación a la parte médica del servicio (medicación, citas médicas, etc.).
- k) Realizar observaciones participantes así como no participantes sobre los servicios del centro, para detectar posibles necesidades de los clientes o profesionales (por ejemplo en el servicio residencial).
- l) Etc.

Estas son algunas de las tareas que hemos podido observar como descriptores del puesto de trabajo de psicólogo en esta área de atención. Esta tarea la desempeña el psicólogo Raúl Varona especializado en psicología clínica, con el que colaboramos en Practicum I.

El enfoque bajo el que trabaja es el denominado cognitivo-conductual, y él se denomina a sí mismo como “psicólogo conductual” o “cognitivo-conductual”, que utiliza diferentes formas de intervención dependiendo de la situación que deba atender, pero siempre basando su intervención en este enfoque. También puede utilizar y le interesan herramientas que provienen de la “Escuela Gestalt”. Como ya hemos comentado en la introducción, esta diferencia con respecto a la forma de intervención por parte del Servicio de Atención a Familias nos va a enriquecer como futuros profesionales, ya que vamos a poder observar de forma participante cómo se entiende y se solucionan distintas demandas desde distintas teorías como son la sistémica y la cognitivo-conductual.

Las primeras impresiones que nos llevamos durante nuestra estancia de prácticas en esta área, son similares a cuando nos encontramos en el SAF. Nos llama la atención el amplio abanico de tareas que uno debe llevar a cabo en este puesto, así como la capacidad de adaptación que uno debe tener ante la diferencia de las demandas que puedas recibir. Además, como ya hemos comentado será muy importante dotarse de unas buenas herramientas comunicativas, debido a que estás en constante contacto con distintos profesionales del Centro, clientes y familias en algunas ocasiones. Nos llama la atención lo extremadamente organizado que uno debe ser en su trabajo, ya que recibe a diario llamadas de diferentes personas, demandando su ayuda, así como reunirse con el psicólogo. Su trabajo no consiste en realizar terapia, como se puede dar en el Servicio de Atención a Familias, ya que este servicio está más dirigido a atender a clientes que acuden al centro o profesionales que tienen dudas o se enfrentan a algún problema, que también puede ser de tipo organizativo.

Se deben dominar diferentes competencias, como es desde saber evaluar psicológicamente a nuevos clientes que entran en el centro, realizar protocolos de actuación para trabajadores, tratar y negociar con los clientes con discapacidad, hasta hablar con las familias y tranquilizarlas en muchos momentos que demandan ayuda. Por lo tanto y en definitiva se trata de un puesto complejo, para el que se deben saber utilizar distintas herramientas y para el que necesitamos conocimientos de evaluación y diagnóstico, así como las relativas a saber interactuar de forma adecuada con todo el personal del centro.

SERVICIO DE ATENCIÓN A FAMILIAS (SAF):

Las tareas que hemos llevado a cabo en el Servicio de Atención a Familias son las siguientes:

- Aunque no hemos participado directamente en terapia junto a la psicóloga, hemos podido recoger datos sobre su forma de actuación, ya que hemos podido comentar algún caso concreto con ella y hemos podido dialogar en cómo se debe tomar el caso y la forma de actuación precisa que habría que llevar a cabo.

Por ejemplo, uno de los casos comentados con la psicóloga fue el de un cliente residencial que es menor de edad, y que entró hace menos de un año en el Centro, ya que su madre, padece trastorno bipolar y fue incapacitada y retirada la tutela de su hijo. Esto hace que la madre tenga que estar en contacto constante con el Centro y con la psicóloga, para realizar una valoración de su estado que permite ver cómo evoluciona el caso, con la intención de que la madre consiga de nuevo la estabilidad que la permita poder encargarse de nuevo de su hijo. Para ello, la psicóloga mantiene sesiones con la madre, y se mantiene en contacto con los Servicios Sociales que realizan el seguimiento del caso. Esto a su vez se coordina con el Servicio Residencial, para ver qué tal se encuentra el cliente, y se va planificando el trabajo entre la madre y el hijo, permitiendo con el tiempo, que la madre se lleve al hijo durante el fin de semana, etc.

Sobre este caso dialogamos con la psicóloga la forma de intervenir y tratar a la madre en las sesiones. Mediante un diálogo sin tapujos, sinceridad, empatía, nos cita la psicóloga como con el tiempo consiguió acceder a entablar una relación con ella y establecer un vínculo positivo entre terapeuta y cliente. Hablábamos con la psicóloga sobre cómo el plantear a la madre lo que le sucedía de forma directa, citando frases como “esta es la situación que tenemos, yo sólo estoy aquí para ayudarte, y ya sé que quizás no quieras acudir a estas citas, y no me voy a entrometer en tu historia, sino que solo quiero ayudarte en lo posible y que consigamos lo que nos hemos propuesto, que es que Pepe (nombre ficticio) vuelva a casa contigo”. Mostrando sinceridad en el discurso, con el tiempo el cliente accedió a relajarse durante las sesiones. Comentamos como la psicóloga puede utilizar lo que en terapia sistémica se denomina “reformulación positiva” del problema, que consiste en plantear a la madre lo que la sucede desde otro punto de vista, un punto de vista distinto y positivo al que actualmente representa el problema para la madre. Intuimos que utiliza en sus planteamientos hacia la madre la técnica sistémica denominada como “amplificación de las excepciones”, por las que la psicóloga intenta que la madre se posicione de otra forma ante su problema. Vemos además como la psicóloga a través de su intervención realiza una buena acomodación al cliente, adecuándose al lenguaje del cliente y de sus formas comunicativas tanto verbales como no verbales, consiguiendo la alianza con el cliente. Esto lo vemos a través de los ejemplos, en las que ella nos cita textualmente algunos comentarios que cita a la madre cuando esta acude a sus sesiones. Por lo tanto, vemos a través de este ejemplo, cómo dialogando sobre casos concretos, aprendemos de técnicas sistémicas a aplicar adecuadas, y la forma de enfrentarnos a distintos casos, dialogando con la tutora sobre estos aspectos. Se ha tratado de una parte práctica muy interesante del Practicum.

- Hemos tenido la oportunidad de realizar visitas domiciliarias y comprender contextualmente el establecimiento de una relación entre profesional y cliente.

A continuación podremos un ejemplo de una visita domiciliaria a la que acudimos, así como nuestras observaciones al respecto. En una ocasión se solicita de forma directa por parte de una madre de un cliente ocupacional que acude al taller de empleo del centro, y con la que últimamente tiene problemas en el domicilio, que por favor la psicóloga acuda a realizar una visita domiciliaria, para comentar el tema, ya que ella no puede desplazarse al Centro. Acudimos ante esta demanda, junto la psicóloga, y de forma informal, nos atiende el cliente narrando los problemas que han surgido con respecto a su hija en los últimos meses. La madre se siente sobrepasada con lo que la sucede, y nos da una gran cantidad de datos, muchas veces pareciéndonos inconexos, sin relación los unos con los otros, aunque se refieran al mismo problema, que desde nuestro punto de vista que comentamos con la psicóloga más tarde se debe una lucha de poder en el sistema familiar primario, entre la madre y la hija. Estos datos la psicóloga intenta reformularlos dotándolos de un orden para comprender mejor lo que sucede, así como para ayudar al cliente a que establezca un orden en sus pensamientos y sentimientos hacia lo que sucede.

Debido a que no se trata de terapia en sí, sino un medio de desahogo para el cliente, la psicóloga no intenta modificar o intervenir de algún modo sobre el discurso de la madre, pero sí que de vez en cuando y en ocasiones reformula el problema desde otro punto de vista, se posiciona para crear debate a favor de la hija y en otras ocasiones a favor de la madre, etc. Es decir, utiliza estrategias durante el diálogo para aunque no intervenir, influir positivamente en el punto de vista que la madre tiene sobre su hija. Esta reunión dura una hora, y el resultado es positivo, ya que mejoramos el estado de ánimo inicial de la madre, invitándonos a volver en otra ocasión. Esta visita también nos ayudó a comprender lo difícil de influir en muchas ocasiones sobre las ideas fijas de las personas con las que tratamos, que inmersas de lleno en un problema, no ven o no quieren ver más allá de los motivos que le atribuyen. Debemos sumar a esto, el problema de que en muchas ocasiones, tratamos con personas mayores, sobre las que por su comprensión de los problemas, y la asimilación de las rutinas de vida que han guiado su vida y su relación con la persona con discapacidad, hacen más difícil el que se dejen ayudar o simplemente aconsejar. Para ello debemos poner en juego todas las técnicas que hayamos asimilado durante nuestra experiencia, así como nuestro sentido común y empatía, para poder conectar y establecer un vínculo con este tipo de clientes.

- La participación activa en la creación de cursos de formación, como el referido a la “autodeterminación” y en el que hemos tratado el tema del “vínculo familiar”.

A continuación ponemos como ejemplo distintas dinámicas que se utilizan para trabajar durante los cursos formativos; se utilizan este tipo de dinámicas además de la muestra de un power point con contenido teórico del tema a tratar. Se realizan debates, tertulias sobre el tema, se plantean problemas, cómo solucionarlos, etc.

Ejemplo de algunas dinámicas utilizadas durante los talleres:

Dinámica de presentación de los asistentes: la dinámica consiste en hacerle una especie de entrevista al compañero que está sentado a su lado con el objetivo de obtener información relativa a su nombre, profesión, motivaciones para asistir al taller, que esperan encontrar en él, y que esperan dejar en él. Posteriormente se procede a presentar cada uno a su compañero/a hasta completar el total de los grupos. Esta actividad se llevó a cabo por parejas y se les dio a los participantes 10 minutos. A continuación cada uno de los asistentes debía presentar a su hermanos/a con discapacidad mediante características/rasgos/comportamientos que lo definen como persona.

Dinámica para trabajar el concepto de familia unido al concepto de “autonomía”: para trabajar que entienda los miembros por familia y lo que representan en la capacidad de autonomía del cliente con discapacidad se les pide por grupos de tres personas que dibujen una familia con todos aquellos miembros que ellos consideren que formen parte de las mismas. Posteriormente, deben de definir el concepto de familia, el papel o funciones que ocupa cada uno de miembros, la influencia que tienen sobre el conseguir la máxima autonomía en el cliente, el orden de importancia que creen que tienen los mismos sobre el conseguir dicha autonomía o bloquearla, etc.

Dinámica de la casa: cada uno de los grupos debe de dibujar una casa con todas sus habitaciones, y deben de decidir a quién permiten entrar de su familia y a quien no y por qué. El objetivo es normalizar el sentimiento de que todos tenemos derecho a la intimidad, a decidir que no todos/as tienen porque acceder a nuestra intimidad y a compartir nuestra privacidad con quien deseemos. Cada habitación debe de representar alguna función socio-emocional que debe de ser comunicada a los participantes: por ejemplo el salón/sala de estar, es un lugar de reunión, de comunicación, de compartir, de disfrutar, etc.

Metodología y procedimiento de estos talleres:

La metodología empleada es activa/participativa, buscando con ello la motivación, el interés, la reflexión y autoanálisis, el perspectivismo social, la interacción social, la adquisición de habilidades sociales y comunicativas, la tolerancia y el respeto mutuo, el intercambio de experiencias, así como el logro de un aprendizaje significativo basado en la propia realidad de los asistentes.

En todas estas tareas colaboramos de forma conjunta la psicóloga y la trabajadora social del SAF. Todo lo que se lleva a cabo se realiza desde un punto de vista sistémico. Por ejemplo, a la hora de elegir los temas que se ofrecen como talleres para las familias, se basan en la comprensión de la evolución de la persona con discapacidad desde el punto de vista sistémico, por lo que los temas son dirigidos en esta línea, en cómo la familia puede influir en la mejora de la calidad de vida de la persona con discapacidad.

Además, su punto de vista sobre la discapacidad está basado en la comprensión de las capacidades de las personas, y no en sus debilidades, habilitando lo mayormente posible a la persona, mejorando su independencia, autodeterminación, etc.

Las primeras impresiones derivadas de nuestro trabajo en el área de familias están relacionadas con la dificultad que supone el mantener un contacto continuo y rico con las familias con personas con discapacidad a su cargo, ya que generalmente estamos hablando de familias con distintas problemáticas, complejas, de un nivel económico bajo en muchos casos, con las que debemos aprender a negociar para que podamos colaborar con ellas.

La mayoría de las ocasiones, la demanda de necesidad de apoyo no viene dirigida desde la misma familia, sino que proviene de un profesional del centro que observa o intuye que existe algún problema familiar en relación con el cliente. Son temas que deberemos tratar con máxima delicadeza, ya que podemos estar hablando de problemáticas graves como pueden ser malos tratos a la pareja y persona con discapacidad, problemas familiares en relación a la tutela del hijo/a, dónde existe una lucha por motivos económicos derivados de las prestaciones por tutelar a una persona con discapacidad, etc. Son casos muy complejos, que requieren de la mayor destreza posible, para poder intervenir con la familia. Este es el punto que consideramos como el que dificulta la tarea de la psicóloga, y sobre el que deberemos aprender. Por lo tanto hemos comprendido cómo muchas veces, los talleres, tertulias, etc., se utilizan para conseguir contactar con ciertas familias, y de esta forma poder mantener un contacto que mejore de forma paulatina nuestra relación entre profesional-familia. De este modo, se deben dominar herramientas de modo que nos adelantemos o demos un sentido a lo que hacemos que sólo nosotros conocemos.

Creemos que este tipo de tareas señaladas forman parte de las posibles que puede desempeñar un psicólogo de la educación, aunque en este caso el perfil del profesional va encaminado a la formación en intervención familiar, ya que se dedica también a hacer terapia familiar, aparte de involucrarse en tareas formativas y de educación familiar. De todos modos, para los cursos impartidos es interesante el estar formado en este tipo de especialidad como es la psicología de la educación. Sí ha respondido a lo que esperaba de este servicio, ya que conocía con anterioridad las funciones de estas profesionales, por estar realizando el Practicum en el mismo lugar en el que trabajo. Creemos que debemos contar con unas herramientas y una capacidad de comprensión hacia la otra persona, que se desarrolla trabajando de forma empática y que se consiguen en parte con nuestra formación, que nos ayuda que nos fijemos en objetivos concretos y que tomemos una actitud de colaboración con la persona con la que tratamos, y con la experiencia que uno adquiere a lo largo del tiempo ocupando el puesto de psicólogo.

Cómo comentábamos en el apartado pertinente para ello, la percepción que teníamos en un principio sobre nosotros en el rol de psicólogo, era de cómo debíamos mejorar ciertas habilidades que hoy en día no controlamos suficientemente por falta de experiencia, cómo eran habilidades comunicativas, la capacidad de escucha, la organización de nuestro trabajo, la posibilidad de coordinarnos adecuadamente con distintas áreas, el conocer qué información debemos dar, a quién, cómo y cuándo, etc. Un sin fin de habilidades que en muchos casos no son fáciles de adquirir, sino que se aprenden con trabajo. Podemos decir que sí ha cambiado en mayor o menor medida la percepción de nuestras tareas desde un comienzo hasta ahora.

Al contar con un conocimiento más profundo sobre la labor del SAF, y haber podido establecer un vínculo de confianza con la psicóloga, hemos ganado seguridad a la hora de comentar casos concretos ofreciendo nuestra opinión sobre cómo abordar el caso, con una visión ampliada por nuestra labor de investigación en lo que se refiere a cómo se trabaja desde un punto de vista sistémico. Esta seguridad y confianza, nos han posibilitado utilizar herramientas comunicativas técnicas, es decir, tratar de utilizar un vocabulario adecuado a una conversación y tema relacionado en cómo comprender un problema desde el punto de vista del psicólogo sistémico, desarrollando de este modo el punto que creíamos tan importante como el relacionado con utilizar un lenguaje adecuado al papel del psicólogo. Hemos trabajado sobre este aspecto y creo hemos mejorado y evolucionado en este punto tan importante. Otra tarea que nos ha ayudado a progresar en nuestro aprendizaje es la creación de cursos para familiares.

Hemos podido observar cómo podemos utilizar herramientas informáticas para llevar a cabo presentaciones o simplemente para dotar de teoría cursos para familias, lo que nos ha dotado de agilidad en la búsqueda de información y en la creación de estos cursos en cortos períodos de tiempo. En lo que respecta a las visitas domiciliarias, nos han dotado de un punto de vista y unas ideas prácticas importantes para poder abordar este tipo de encuentros.

Con esta experiencia hemos podido valorar las dificultades con las que nos podemos encontrar al visitar a familiares que necesitan ayuda, y cómo debemos ser flexibles y adaptarnos a las personas que atendemos. Suelen ser personas mayores que no se pueden trasladar al centro, y generalmente de un nivel económico bajo, por lo que es muy importante la forma que tenemos de acercarnos a ellas y cómo abordamos la conversación para poder ayudar de alguna forma a estas personas, y para hacer accesible nuestro lenguaje a su nivel de comprensión. Por lo tanto en lo que respecta al SAF sí que podemos decir que ha evolucionado la percepción de nuestro trabajo en dicho servicio.

SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL CENTRO:

Las tareas realizadas en este servicio han sido en general las siguientes:

- “Caso I”, observar y valorar los datos de un informe sobre la conducta disruptiva de un cliente. (VER EJEMPLO DE PROTOCOLO EN ANEXO, bajo el nombre de Carmelo).
- Observación en la creación de protocolos y fichas de registro de crisis para otros dos clientes del centro que así lo requerían, lo comentamos con el psicólogo. (Caso II y III). (VER EJEMPLO DE PROTOCOLO EN ANEXO bajo el nombre de Federico).
- Completar y crear informes psicológicos con respecto a algunos clientes (Caso IV, V, VI, VII). (VER EJEMPLO DE INFORMES PSICOLÓGICOS EN ANEXO, bajo el nombre de Luisa).
- Informe y valoración del “Caso VIII”: se valora la posibilidad de que este cliente cambie de rutina, acudiendo a los talleres de empleo en vez de los talleres de centro de día, en la que realizan tareas de ocio y tiempo libre.
- Acudimos al taller denominado “Autogestores”, dirigido a personas discapacitadas ocupacionales, de la que participa el psicólogo y en el que se tratan temas diversos de relevancia social para estas personas.
- Observación de reuniones por parte del psicólogo con el personal, así de cómo actúa con respecto a determinados casos y clientes discapacitados del centro.
- Observación de forma de organizar su trabajo y forma de coordinarse con los distintos profesionales del centro.
- Observación de cómo se debe administrar la información que obtenemos con respecto a los clientes del centro, y cómo se deben tratar distintos temas y ofrecer determinados datos dependiendo a quién vaya dirigida nuestra información.
- Acudir a citas psiquiátricas.

Este servicio observamos cómo realiza tareas que pudieran ser encomendadas a un psicólogo de la educación, pero también este psicólogo ha podido utilizar herramientas y conocimientos enfocados hacia una perspectiva clínica de la psicología, ya que esta es su especialidad. Ha utilizado un punto de vista conductual y sus intervenciones han estado dirigidas a modificar aspectos, dificultades, problemas concretos, a través de la modificación de la conducta de los clientes implicados. Por ello este trabajo lo hemos observado no tan relacionado a lo que entendemos como psicología de la educación, además teniendo en cuenta que en nuestra universidad, se tratan perspectivas constructivistas, más siguiendo una línea sistémica que un enfoque conductual o cognitivo-conductual en lo que se refiere a las intervenciones concretas.

Es decir, durante nuestra licenciatura se ha abogado por comprender los problemas por ejemplo que presentan los alumnos como parte de una intervención en el sistema educativo, dónde se deben movilizar los recursos para ofrecer soluciones a los alumnos, integrarlos por vías inclusivas a la escuela, creando aprendizajes de tipo cooperativo.

Nuestro aprendizaje se ha llevado a cabo en base a dicha línea teórica. Por lo tanto, al trabajar junto al psicólogo de esta área, hemos entendido las intervenciones que se realizaban cómo a nuestro parecer entendían el problema desde el sujeto y su conducta, y cómo movilizaba al individuo y su círculo más cercano, y no al sistema completo para intervenir en problemas concretos (puede que por motivos de falta de recursos mayormente). Hemos de decir que ha sido un trabajo muy interesante el realizado en esta área, y muy completo.

Asumiendo el rol de psicóloga, podemos decir que como en el caso de trabajo en el SAF, el tiempo dedicado y el vínculo positivo creado con el profesional también nos ha dado la seguridad con la que no contábamos en un principio para intentar dar nuestras opiniones y para desarrollar nuestras expresiones y vocabulario técnico que se atribuye a nuestro rol. De las conversaciones mantenidas con el profesional, hemos intentado explicar siempre nuestro punto de vista sobre cuestiones tratadas utilizando explicaciones lo más pertinentes posibles e intentando que se basaran en conocimientos reales desde la psicología. Hemos tratado que nuestras aportaciones siempre fueran fundamentadas en conocimientos reales y contextualizados correctamente en la realidad del centro. Además, hemos tratado de mantener y coordinarnos con distintos profesionales que han colaborado en nuestro trabajo de Prácticum, ya sea dando información que luego hemos utilizado para completar informes, o simplemente mostrándonos su trabajo para entender mejor cómo funcionan los diferentes servicios en los que toma parte el psicólogo. Por lo tanto el que hayamos ganado mayor seguridad en nuestras acciones ha favorecido el desarrollo en el aspecto comentado con anterioridad que se refiere a las herramientas comunicativas. Una buena organización de nuestro trabajo, mediante el uso de una agenda y el contacto permanente con el psicólogo, ha posibilitado un trabajo organizado, que tan importante mencionamos que es, al trabajar en contacto con un equipo de trabajo.

Por ello concluimos que nuestra percepción sobre nuestro rol de psicóloga ha evolucionado con respecto a los siguientes conceptos: seguridad; herramientas comunicativas; organización; coordinación; conocimientos teóricos; conocimientos prácticos.

“La autodeterminación en personas discapacitadas” (SAF):

En primer lugar, para elaborar el tema de trabajo que planteamos para nuestra actividad de Practicum I relacionada con nuestra colaboración en el Servicio de Atención a Familias, y en relación al taller para padres y madres en el que el tema abordado es la “autodeterminación” de personas con discapacidad, por una parte centraremos nuestro aprendizaje teórico en lo que se refiere a este tema. Así mismo abordamos la metodología más actual en relación a la evaluación e intervención sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad: La Planificación Centrada en la Persona.

Definición de “autodeterminación”, conceptualización y características:

El término autodeterminación ha tenido históricamente dos significados ajenos al ámbito de las personas discapacitadas: como concepto personal, refiriéndose a cuestiones de causalidad y de control sobre el propio destino, y como concepto político, aplicado a un colectivo de personas. Estas dos conceptualizaciones han influido en el significado que actualmente tiene en relación con las personas discapacitadas. Tanto desde la perspectiva personal como política, el término es utilizado frecuentemente como sinónimo de autonomía y consecuentemente no se reduce a la realización de algunas elecciones o la toma de decisiones, marcando su concepción en la provisión de servicios para personas discapacitadas.

Deci y Ryan (1985)¹ señalan que la autodeterminación es una condición necesaria para que realmente tenga lugar la experiencia de poder disfrutar de lo que uno hace como resultado del esfuerzo personal y de la implicación en las actividades que desarrolla. La habilidad de una persona para disfrutar de una mayor competencia, va a reforzar la autodeterminación y va a posibilitar que la persona alcance una mejor calidad de vida. Cuando una persona discapacitada provoca que las cosas sucedan en su vida, y se implica para que tengan lugar, puede ser considerada como una persona autodeterminada, una característica que se verá reflejada de manera diferente en las diferentes personas, dado que las experiencias, oportunidades de aprendizaje, habilidades, aptitudes o actitudes, no son en todos los casos iguales.

Las características principales de la autodeterminación son las siguientes: autonomía, autorregulación, desarrollo psicológico y autorrealización. Las acciones de una persona autodeterminada deberían reflejar alguna de estas características.

Un comportamiento autónomo se considera así si la persona actúa según sus propias preferencias, aptitudes e intereses e independientemente de influencias externas no deseadas. Nos podemos referir en este campo a actividades de autocuidado, de cuidado familiar, de utilización de recursos de la comunidad, y de tiempo libre.

¹Rojas Pernia, S. (2004). “Autodeterminación y calidad de vida en personas discapacitadas”. Universidad autónoma de Barcelona.

La *autorregulación* permite que las personas analicen sus ambientes y sus repertorios de respuestas para desenvolverse en los mismos y para tomar decisiones sobre cómo actuar y para que, así como para evaluar los resultados logrados.

Pueden tomar decisiones sobre qué habilidades utilizar en un momento dado, examinar la tarea que están realizando y cómo la están llevando a cabo, evaluar el plan de acción y modificarlo, etc. Con el término *capacitación psicológica* se hace referencia a múltiples formas de control percibido, cuándo la persona realiza acciones con la creencia que tiene control sobre las circunstancias que son importantes para ellos, con las habilidades necesarias para conseguir lo que desean. Cuando las personas utilizan el conocimiento que tienen de sí mismos, de sus habilidades y limitaciones, se habla de autorrealización. Evidentemente la experiencia con el ambiente y la interpretación que de este haga la propia persona van a jugar un papel importante en la formación de su imagen, y en la atribución que pueda hacer de lo que a su alrededor sucede. A estos componentes de lo que denominamos “autodeterminación” estamos seguros de que se podrían sumar tantos otros, pero hemos elegido estos cuatro ya que explicitan lo que puede caracterizarse como los componentes de una personalidad con autodeterminación.

Por lo tanto, la autodeterminación como constructo está integrado por un amplio abanico de habilidades y actitudes que van a posibilitar que la persona pueda dirigir y ejercer el control sobre su propia vida. La elección de la ropa que desea ponerse, la organización de las actividades diarias, la previsión de los acontecimientos que están por llegar, la demora en la satisfacción de los propios deseos, la disputa por la defensa de los derechos individuales o la lucha contra la opresión ejercida por otros grupos, son, entre otros, algunos ejemplos en los que la autodeterminación se hace evidente. Uno de los primeros pasos para favorecer la autodeterminación (Bambara et. al 1998), es reconocer y eliminar sus barreras, la mayoría de las cuales son un reflejo de la incapacidad del entorno y de quienes en él se encuentran para responder a las necesidades que algunas personas discapacitadas plantean. Cualquier programa que pretenda favorecer la autodeterminación no puede basarse únicamente en el desarrollo de actividades de instrucción y obviar las condiciones y circunstancias que rodean a muchas de esas personas, sino que debe observar en profundidad los aspectos que pueden influir sobre la persona, en lo que respecta a su entorno próximo.

A continuación presentamos la siguiente tabla (Barquín, M., García, L.M., García, M., López, M^ªA., Marín, A.I. (2001). “La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual”. Editado por: FEAPS Canarias) que nos puede ayudar a definir de forma esquemática y detallada lo que define a una persona autodeterminada, así como la definición de lo que sería un sistema de apoyo de un funcionamiento autodeterminado:

Una persona autodeterminada ... (Wehmeyer, Agran y Hughes, 1998)	Un sistema de apoyo a un funcionamiento de autodeterminación ...
Inicia acontecimientos en su vida y lleva a cabo acciones cuando lo necesita.	Favorece las iniciativas de la persona y su participación en las acciones relevantes para su vida.
Es consciente de las preferencias e intereses personales.	Conoce las preferencias e intereses de las personas.
Es consciente y puede diferenciar entre lo que	Conoce y trata de diferenciar entre lo que la

quiere y lo que necesita.	persona quiere y lo que necesita.
Realiza elecciones basadas en preferencias, intereses, deseos, y necesidades.	Promueve que la realización de elecciones esté basada en preferencias, intereses, deseos, y necesidades de las personas.
Considera múltiples opciones y consecuencias para sus decisiones.	Considera diversas opciones y sus consecuencias, en la toma de decisiones.
Toma decisiones basadas en esas consideraciones.	Toma decisiones basadas en estas consideraciones.
Evalúa la eficacia de sus decisiones basándose en los resultados de decisiones previas y revisa futuras decisiones a la luz de lo anterior.	Evalúa la eficacia de sus decisiones basándose en los resultados de las previas y revisa las futuras a la luz de lo anterior.
Establece metas personales.	Promueve el establecimiento de metas personales.
Define y enfoca los problemas de modo sistemático, aunque no siempre exitoso.	Define y enfoca los problemas de modo sistemático, aunque no siempre exitoso.
Se esfuerza por su independencia, aunque reconoce su interdependencia con otros en su mundo.	Fomenta la independencia deseada por la persona dentro de un marco de interdependencia.
Se define en su propio nombre cuando lo juzga apropiado.	Garantiza la defensa de la persona cuando lo juzga apropiado.
Posee un adecuado conocimiento y comprensión de sus puntos fuertes y débiles.	Posee un adecuado conocimiento y comprensión de sus puntos fuertes y débiles.
Aplica este conocimiento y comprensión para maximizar su calidad de vida.	Aplica este conocimiento y comprensión para maximizar la calidad de vida de la persona.
Autorregula su conducta.	Ayuda a la persona a autorregular su conducta y está capacitado para autorregular su propia interacción.
Es persistente en relación al logro de metas y logros preferidos y puede usar la negociación, el compromiso y la persuasión para alcanzarlos.	Es persistente en relación al logro de metas y logros preferidos y puede usar la negociación, el compromiso y la persuasión para alcanzarlos.
Tiene creencias positivas sobre su capacidad de actuar en una determinada situación y cree que si actúa de esa manera se lograrán los resultados deseados.	Tiene y fomenta una visión positiva sobre la capacidad de respuesta de la persona y la suya propia, y no pondrá en marcha acciones de las que no espere razonablemente los resultados deseados.
Está segura de sí misma y orgullosa de sus logros.	Ayuda a la persona a estar segura de sí misma, a confiar, a valorar sus logros.
Puede comunicar a otros sus deseos y sus necesidades.	Garantiza que los deseos y necesidades de la persona sean comunicados (conocidos) a todos aquellos a quienes les incumbe.
Es creativa en su respuesta a las situaciones.	Es creativo en su respuesta a las situaciones.

Esta tabla, nos puede ayudar a comprender en profundidad lo que significa la autodeterminación, y puede servir para crear un debate y discusión en el taller planeado. Son frases que pueden llevar a los participantes a pensar dichas frases sobre sí mismos, si se trata de un familiar con una persona con discapacidad a su cargo.

En definitiva, esta introducción nos ayuda a comprender qué quiere decir autodeterminación, lo que este término supone, y las características que de esto se derivan, lo que nos sitúa de manera introductoria en lo que a este tema se refiere. A continuación, pasamos a analizar los contenidos que nos parecen adecuados con la perspectiva que este trabajo teórico tiene, que es el desarrollarlo de forma práctica ante un grupo de padres y madres en los talleres previstos por el SAF.

El derecho a la autodeterminación como sentido de la planificación centrada en la persona:

Desde finales de los años 80 han aparecido varios enfoques novedosos sobre las mejores prácticas de planificar los apoyos individuales para cada persona con discapacidad. Todos estos enfoques han ido cristalizando en una metodología que se pueden encuadrar en la denominación de Planificación Centrada en la Persona (P.C.P.), que pretende que la persona, con el apoyo de un grupo de personas significativas para ella, formule sus propios planes y metas de futuro, así como las estrategias, medios y acciones para ir consiguiendo avances y logros en el cumplimiento de su plan de vida personal.

En este enfoque subyace el respeto al **derecho a la autodeterminación de las personas con discapacidad**, que se hace especialmente relevante cuando hablamos de personas adultas. En nuestro país y en el ámbito FEAPS (Confederación Española de Organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual), es a partir de los años 90' cuando llegan estos planteamientos y se empieza a adoptar este enfoque en los servicios. Por un lado se consolida la idea de calidad de vida como la razón de ser de la actividad de todo el movimiento FEAPS, y por otro, el valor de ser persona por encima de cualquier otra condición, incluida la de ser discapacitado. En este momento es cuando comienza una reflexión colectiva sobre qué significan ambos conceptos: calidad de vida y ser persona, así como el cambio de las prácticas profesionales y asociativas necesarias para organizar la prestación de servicios desde ambas perspectivas.

La concepción más reciente en este campo considera la calidad de vida como combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderada por una escala de importancia, que refleja los valores personales, las aspiraciones y las expectativas de la persona. En este concepto, la dimensión autodeterminación aparece en un nivel jerárquico diferente desde el cual la persona define sus condiciones de vida. El apoyo imprescindible para una persona que tiene pocas habilidades para la autodeterminación es el de ayudarle a construir un proyecto de vida significativo y coordinar una red de apoyo que le ayude a desarrollar y cumplir ese proyecto. La PCP es en este sentido la consolidación de este tipo de apoyo; es una metodología que da poder efectivo a la persona, y, en ese sentido garantiza su autodeterminación. Por lo tanto, el objetivo de la PCP es que la persona con discapacidad tenga la posibilidad de formular planes y metas importantes para su vida. Los miembros de la familia como los profesionales de apoyo de la persona con discapacidad, serán los responsables de aplicar este plan y apoyar a la persona a crearlo, desarrollarlo y realizar un seguimiento de su evolución.

Un **guión** sobre las fases del **PCP** sería el siguiente:

- a) **Preparación** (decidir en el seno de la organización el proceso de implantación, valorar con la persona con discapacidad y/o miembros significativos para ellos como llevarlo a cabo, recoger datos, etc.).
- b) **Evaluación comprensiva** con la persona: no se trata tanto de evaluar las habilidades de las personas como de tener un conocimiento más global de ellas, de su forma de ser, gustos, etc.
- c) **Acordar el Plan**: se realiza en la sesión de trabajo del grupo de apoyo constituido para cada persona, en la que participa siempre la misma. En esta se fijan las metas personales, formas de conseguirlas, responsabilidades y compromisos de cada miembro del grupo.
- d) **Implantarlo**: el facilitador asegura que los participantes cumplen sus compromisos y gestionan los apoyos (a la salud, ocio, formación, etc.) para que la persona alcance sus metas.
- e) **Seguimiento y revisión**: es imprescindible realizar una valoración de todo el proceso, así como de la satisfacción y de los avances conseguidos por la persona.

El grupo de apoyo de la PCP tendrá como principal apoyo el rol del facilitador, que es el que gestiona de forma coordinada la participación de todos los miembros en la planificación y vela por los derechos, ideales, y preferencias de la persona con discapacidad. Este deberá coordinarse con la persona con discapacidad y la familia o tutor de referencia, para poder crear grupalmente el PCP. Con la PCP se pretende dar un paso adelante, y pasar de la planificación individual clásica a una planificación que incorpore y que se base en la autodeterminación de la persona con discapacidad. Una parte importante del éxito en la aplicación de esta metodología para la persona reside en la fuerza que tiene el grupo de personas que se reúnen en pie de igualdad, sin jerarquías profesionales ni de otro tipo, para compartir sus distintas percepciones sobre la mejor forma de apoyar a la persona con discapacidad. Gran parte de la responsabilidad del funcionamiento del grupo descansa en el rol del facilitador que necesita gestionar adecuadamente la participación de todos los miembros de la planificación y velar porque se respeten los derechos, las ideas y preferencias de la persona con discapacidad.

Por lo tanto, la PCP significa un cambio en la forma de planificar los apoyos a las personas para que tengan una vida mejor, garantizando su derecho a la autodeterminación y a ser protagonistas de sus vidas. Además propone una utilización mayor de los recursos comunitarios y de las redes naturales de apoyo.

A continuación describimos las diferencias que ha supuesto este paso en la metodología utilizada, entre la Planificación individual clásica, en comparación a la Planificación Centrada en la Persona (La Planificación Centrada en la Persona. Un apoyo para desarrollar la autodeterminación (2005). Marín, A.I., De la Parte, J.M., López, M.A.):

	Planificación Individual Clásica	Planificación Centrada en la Persona
Percepción de la persona	Sujeto que puede participar pero no decide. Perceptor de servicios.	Sujeto con derechos, activo y que decide. Autor de su propia vida. Cliente.
Valores y creencias	Paternalismo del experto.	Orientación y respeto a la

	Logro de autonomía. Predominio de la técnica. El problema está en la persona.	persona. Autodeterminación. Interdependencia. Predominio de la ética. El problema está en el entorno.
Quién tiene el poder en la toma de decisiones	El técnico o profesional.	La persona con discapacidad y secundariamente el grupo de apoyo.
Metodología	Elaboración por profesionales. Planificación por objetivos operativos. Elaboración de programas.	Coordinada, participativa, y democrática. Debate y discusión. Negociación y consenso. Trabajo en red. Establecimiento de metas personales.
Conocimientos necesarios	Técnicas educativas y rehabilitadoras. Psicopedagogía, medicina, etc.	Relaciones humanas, comunicación, gestión de oportunidades en la comunidad. Conocimientos en varios campos: derecho, marketing, ética ...
Evaluación	Cuantitativa y centrada en las habilidades conseguidas por las personas.	Cuantitativa y cualitativa, centrada sobre todo en cómo se siente la persona, en la idoneidad de los apoyos prestados y en el cumplimiento de los compromisos adquiridos.
Limitaciones	Disponibilidad de los servicios específicos.	Preferencias individuales de las personas con discapacidad. Disponibilidad de los recursos comunitarios.
Modelo de referencia	Psicopedagógico/ Rehabilitador.	Calidad de vida.

Este cuadro ilustra perfectamente lo que ha sido la evolución de anteriores modelos utilizados al actual, que hoy en día está reconocido por profesionales, y se enmarca en el contexto teórico que engloba el tema de la discapacidad y la autodeterminación, así como la calidad de vida. Este tema puede ser interesante tratarlo en el curso, ya que como psicopedagogos creemos conveniente el poder utilizar este Plan en el futuro, como prestación que se da a las familias con personas con discapacidad a su cargo.

Marco teórico del área del Servicio de atención a familias:

Uno de los enfoques o teorías sobre el que realizamos nuestra investigación teórica, debido a que se trata de la orientación terapéutica que utiliza nuestra tutora y psicóloga del Servicio de Atención a Familias con la que colaboramos, es la teoría sistémica. A continuación mostramos distintos puntos con los que pretendemos adentrarnos en lo que se entiende como modelo sistémico, en el que se englobaría la terapia familiar sistémica.

1. Introducción al modelo sistémico:

El modelo sistémico surgió durante los años cincuenta al mismo tiempo que la terapia familiar, como un marco conceptual para contenerla y para comprender la complejidad de los fenómenos interrelacionales que se suceden. El modelo sistémico se centra en la interacción actual de todos los miembros de la familia (o sistemas implicados). La intervención sistémica significa centrarse en las interacciones actuales entre sus miembros en lugar de estudiar a cada individuo por separado. Cada acción es al mismo tiempo entrada (input) y salida (output) para nuevas acciones en un proceso recurrente, sin fin, que permite al mismo tiempo mantener un cierto estado de equilibrio en el sistema. El modelo sistémico utiliza la causalidad circular, según la cual se tiene en cuenta cómo a su vez las consecuencias influyen en las causas. El "paciente" es identificado como tal por el sistema, pero el objeto de estudio e intervención es la familia, en el cual se dan unas pautas comunicativas que hacen que uno de sus miembros se comporte de manera sintomática.

Así la orientación sistémica pretende identificar los patrones de interacción en los cuales se sitúa el problema y alterarlos de una manera global, dirigiendo los esfuerzos a cuestionar y buscar formas alternativas en la participación de cada persona a este patrón, de manera que puedan generarse pautas alternativas más saludables.

2. Surgimiento y evolución de la Terapia Familiar Sistémica:

El surgimiento de la Terapia Familiar en EE.UU. en la década de los 50' viene determinada por una serie de variables históricas y profesionales. Históricamente por el final de la Segunda Guerra Mundial y la Guerra de Corea, de las que todavía sufrían sus consecuencias las familias, marcadas por duelos, separaciones, etc. Desde el ámbito de la salud mental, los psicoanalistas empezaban a trabajar en hospitales y entidades públicas, donde los fracasos de los tratamientos graves como la esquizofrenia empezaron a hacer dudar de la eficacia de este enfoque, y se planteó la necesidad de un nuevo paradigma que permitiera obtener resultados en estos contextos de intervención. Por ejemplo, autores como Murray Bowen, con una formación psicoanalítica, observaron que pacientes esquizofrénicos que mejoraban durante su hospitalización empeoraban al regresar a casa. Esto hizo que se empezaran a plantear qué ocurría en las familias para que esto sucediera. Jey Haley y John Weakland (1956)¹ desarrollan una teoría sobre la esquizofrenia fundamentada en el concepto de "doble vínculo", una noción novedosa que parte de la idea de que los comportamientos de un esquizofrénico en el contexto familiar, son un intento de adaptación, una forma de comunicación confusa y contradictoria.

¹Bermúdez, C., Brik, E. (2010). "Terapia familiar sistémica". Editorial: Síntesis. Pág. 45

La aportación de estos autores supone la separación del psicoanálisis, definiendo los síntomas de trastornos mentales no como algo intrapsíquico, sino como formas de comunicación en un contexto interaccional.

A partir de aquí distintos autores hacen aportaciones y crean teorías y formas de terapia que giran en torno a la idea de la familia como un sistema que influye en todas las partes, y que pueden dar lugar a trastornos en un individuo.

3. Base teórica:

El adjetivo calificativo “sistémico” hace referencia a lo relativo a la totalidad de un sistema o a un organismo en su conjunto. El pensamiento sistémico fue introducido en la psicoterapia por Gregory Bateson, originando el giro del foco de atención de conceptos como enfermedad, trastorno y diagnóstico a conceptos como interacción, problema y dificultad. El pensamiento sistémico es un tipo de pensamiento global y complejo que se basa en la observación. La observación que hace el ser humano permite llegar a conclusiones que por motivos prácticos son vividas como realidades únicas. Desde un pensamiento tradicional estas realidades son objetivas y se corresponden más con ciertas teorías dando por sentado que hay una realidad independiente del observador. Así, cuando un paciente acude a terapia trae una realidad inmutable que denomina problema, le causa dolor, y no puede modificar. El pensamiento sistémico permite abrir esa “lente de observación”, tener un foco más amplio, que suponga el reconocimiento de otras variables que cuestionan esa realidad y ceda el paso a una realidad alternativa que no provoque sufrimiento.

A continuación exponemos la diferencia entre el pensamiento lineal y el pensamiento sistémico¹:

LINEAL	SISTÉMICO
Por qué	Para qué
Causalidad lineal	Causalidad recíproca
Foco en el pasado	Foco en el aquí y ahora
Modelo individual	Modelo relacional
Foco en conflictos individuales	Foco en interacción familiar
Resolución de los conflictos	Mejora de la relación
Centrado en la personalidad individual	Centrado en el funcionamiento relacional

El acercamiento de la psicología a campos tan diversos como la biología, a través de la Teoría General de los Sistemas y ciencias como la Cibernética han permitido la aplicación del concepto “sistémico” al ámbito del ser humano, viéndole como un ser mucho más que biológico: social y relacional.

¹Bermúdez, C., Brik, E. (2010). “Terapia familiar sistémica”. Editorial: Síntesis. Pág. 49.

La Teoría General de los Sistemas (TGS) fue descrita por primera vez en 1937 por el biólogo Ludwig von Bertalanffy. Desde la misma se afirma que el universo está compuesto por elementos que se relacionan entre sí construyendo sistemas. La familia constituye aquí un sistema formado por las continuas interacciones entre sus miembros y su relación como una totalidad, con el exterior. Pretende estudiar la composición ordenada de elementos en un todo unificado y saber cómo son las interrelaciones y la interdependencia de dichos elementos, formando un sistema que funciona de una manera global, no como la suma de sus partes.

La teoría Cibernética se basa en el supuesto según el cual las funciones de control, intercambio de información y procesamiento de la información siguen los mismos principios, independientemente de que se apliquen a máquinas, organismos o estructuras sociales (Simon y otros, 1993)¹. Los conceptos característicos provenientes del campo de la cibernética que se aplican a la terapia familiar son la retroalimentación o feedback, la homeostasis, y la morfogénesis. La retroalimentación o feedback se refiere al efecto que produce la acción de un miembro de un sistema sobre otro, convirtiéndose en información que este último va a emplear para determinar cuál es la siguiente acción a realizar por su parte. La homeostasis es el estado constante que mantiene un sistema a través del mecanismo de feedback negativo mientras que la morfogénesis es el proceso por el cual se rompe el equilibrio de un sistema, provocando un cambio, a través de un feedback positivo.

4. Principales escuelas en Terapia Familiar Sistémica:

El crecimiento del movimiento sistémico se asienta sobre una gran variedad de modelos, con autores reconocidos, características propias y modos diferentes de abordar la psicoterapia. Estos autores demuestran una gran apertura al abrir el campo de la salud mental a otras disciplinas, provenientes de ámbitos tan diversos como lo son la Cibernética o la Biología. Gracias a ello se va creando un esbozo de múltiples piezas, que son todos los pioneros de este paradigma y todas las escuelas desarrolladas, con una base común: la ruptura con la influencia predominante del psicoanálisis y la incorporación de nuevos conceptos de otras disciplinas. A continuación pasamos a enumerar, por no extendernos en exceso, las distintas escuelas que han ido emergiendo desde los años 50' en lo que respecta a la Terapia Familiar Sistémica, fundamentadas en "modelos clásicos":

- Escuela Intergeneracional.
- Escuela simbólico-experiencial.
- Escuelas enmarcadas en la Cibernética de Primer Orden.
- Escuelas enmarcadas en la Cibernética de Segundo Orden.

No las desarrollamos en profundidad para pasar a hablar de lo que se define como Psicoterapia Individual Sistémica, que es básicamente la forma de terapia que aplica nuestra tutora a la hora de atender de forma individual a los clientes que solicitan su ayuda.

5. La Psicoterapia Individual Sistémica:

Atendemos y desarrollamos este punto, ya que como hemos comentado, nuestra tutora de Practicum utiliza en mayor medida este tipo de terapia, ya que a ella acuden generalmente familiares de forma individual demandando ayuda. No suele realizar terapia con más de un individuo, a no ser que sea necesario involucrar en este proceso a la persona discapacitada en concreto. Pasamos a describir este tipo de terapia:

La Psicoterapia Individual Sistémica aparece como una nueva posibilidad de tratamiento gracias a los últimos cambios epistemológicos de las ciencias del saber y cuyas contribuciones fundamentales han sido el Constructivismo y el Construccinismo Social. Desde finales del siglo XX y comienzos del XXI la vida del individuo está influenciada por las transformaciones sociales, económicas, ideológicas y políticas que modifican el vivir diario.

Este ritmo vertiginoso impuesto por un sistema de trabajo, producción y consumo altera el sentido que cada uno da a la vida, y como consecuencia pone en entredicho entre otras cuestiones la relevancia de las relaciones interpersonales. En las sociedades occidentales hasta la llegada de la globalización, las señas de identidad de cada individuo estaban influenciadas por la familia y la comunidad de pertenencia que, adaptándose a los cambios sociales del entorno lograban imponer sus criterios, haciendo caso omiso a los deseos de la individualidad. El individuo estaba mayoritariamente en función de la familia y la comunidad, más que de sí mismo. Sin embargo, en las sociedades occidentales actuales, el individualismo es la corriente ideológica dominante, donde la nación, la clase social, la etnicidad y la familia tradicional están en retroceso. Todo este proceso post-moderno se refleja en el ámbito de las psicoterapias, especialmente en la Terapia Familiar Sistémica. Los motivos de consulta en centros de atención sistémica por problemas familiares cohabitan con demandas de atención individual. Los terapeutas sistémicos están influenciados por el acontecer social, y desarrollan una mirada no solo relacional sino individual, atendiendo a las necesidades de un sujeto inmerso en un contexto de continuo cambio. Los modelos psicoterapéuticos intergeneracional, transcultural y constructivista, brindan los elementos básicos para la creación de un modelo de terapia individual sistémica.

Hasta finales del siglo XX, el patrimonio de la terapia individual ha sido propiedad de los modelos psicoanalíticos. Dicho modelo no ayuda a entender de forma circular la relación entre conducta y síntoma y su correlato con el funcionamiento del sistema familiar o el entorno significativo del individuo. Tampoco contribuye a la comprensión de cómo las relaciones están afectadas por el problema y cómo dichas relaciones, dentro del sistema, se han acomodado disfuncionalmente, permitiendo que el problema continúe. La aplicación estricta del modelo psicoanalítico en terapia individual no ha ayudado a la resolución de los problemas planteados, generando terapias interminables que con frecuencia agravan los problemas originales o crean nuevos problemas. En cambio el modelo cognitivo-conductual parte inicialmente de que los síntomas provienen de un aprendizaje inadecuado y, en sus teorías más actuales, de que los problemas provienen de la interiorización por parte del individuo de constructos cognitivos inapropiados que no le permiten adaptarse a las circunstancias que le rodean. En el primer caso, este pensamiento lineal causa-efecto plantea que la solución consiste en aprender nuevos comportamientos mientras que en el segundo caso, el objetivo es deconstruir los esquemas mentales inadecuados para co-construir con el terapeuta esquemas más funcionales.

La aplicación de este modelo cognitivo-conductual es altamente efectiva cuando se combinan las teorías constructivistas, en especial el enfoque narrativo, con el modelo sistémico.

El pensamiento sistémico aplicado a la psicoterapia individual incluye no sólo el abordaje de las dinámicas intrapsíquicas del sujeto, sino también la exploración de las relaciones significativas de su entorno. La interiorización del otro u otros significativos es lo que da cuerpo a la madurez y estabilidad emocional. Cuando esta interiorización no es conseguida en la figura de los padres, el individuo busca otras personas de referencia que le permitan suplir estas carencias de apego básicas para completar un desarrollo emocional sano, que se refleja en una armonía entre la aceptación de uno mismo y su entorno. Para dar protagonismo al otro significativo que no está presente en la sesión, la psicoterapia individual sistémica emplea una metodología que incluye diferentes técnicas como la interrogación sistémica, la silla vacía, y la escultura entre otras.

En los últimos años la terapia sistémica ha incorporado a su cuerpo teórico las contribuciones del Constructivismo, el Construccinismo Social y la Psicoterapia Transcultural, provocando un giro sustancial en el modo de hacer terapia.

Con la incorporación de la “Cibernética de Segundo Orden”, tanto el terapeuta como el paciente no solo dirigen sus miradas hacia la relación que tienen con el mundo exterior, sino que puntualizan la relación que cada uno tiene consigo mismo y las resonancias que fluyen en la interacción entre ambos. Para recorrer el camino de terapia, tanto el terapeuta como el cliente admiten que a pesar de sus pertenencias a dos mundos eco-sistémicos diferentes, construyen un nuevo sistema relacional único que es más que la suma de ambas entidades. Si bien tanto el terapeuta como el paciente se transforman y crecen en este proceso, el objetivo manifiesto y real de la terapia se focaliza en el paciente. Es conveniente que en la terapia participen tanto el cliente, como el terapeuta, como el equipo de supervisión externa o equipo observador. Con esta forma de terapia conseguimos explorar todas las variables que intervienen en la gestación y afección de los problemas que trae el paciente, y atender de manera especial el transcurso y evolución de esta relación de “a tres”. Para conseguir una adecuada relación terapeuta-paciente se tienen en cuenta tres aspectos fundamentales: la empatía, la transferencia y el poder.

El terapeuta, trabajando con su equipo y teniendo en cuenta estas cuestiones, completará la terapia individual sistémica que aquí hemos descrito brevemente, ya que como podemos imaginar, se puede profundizar mucho más en los puntos que esta terapia aborda. Aquí concluimos la descripción de lo que una terapia familiar sistémica significa, para pasar a hablar de otra de las perspectivas bajo las que trabajamos en el Practicum I, en el área que se refiere a la atención psicológica del Centro: la teoría conductual.

Marco teórico que asociamos al área de Atención Psicológica del Centro:

Si ahora nos fijamos en el trabajo paralelo que desarrollamos en el área de atención psicológica del Centro, debemos tener en cuenta, que según el psicólogo, su trabajo se basa en una perspectiva cognitivo-conductual. Por lo tanto, pasamos a describirla a continuación de forma separada (cognitivo y conductual), y tras esto, lo que significa la unión de ambas tendencias:

1. Introducción al modelo conductual:

La terapia conductual tiene múltiples orígenes. Lindsley y colaboradores (1953)¹ proclaman ser los autores del término y refieren que se lo sugirieron a Skinner por su simplicidad. De todos modos, la terapia conductual se remonta a varias escuelas de pensamiento, en metodologías contrastadas, en sistemas filosóficos diversos, diferentes países y diferentes pioneros de campo. Algunos vienen de la tradición de Pavlov y el condicionamiento clásico, para otros del legado de Skinner y para otros está enraizado en la metodología de la ciencia conductual contemporánea en referencia a teorías de aprendizaje (condicionamiento clásico y operante) como marco de referencia. La terapia conductual tiende a concentrarse en la conducta de desadaptación en sí misma, más que a alguna causa que la provoque. Asume que las conductas desadaptadas son hasta cierto punto adquiridas a través del aprendizaje, del mismo modo que cualquier otra conducta es aprendida. Establece de manera precisa como el medio ambiente puede influir en las personas, en términos de los principios de aprendizaje establecidos, y asume que los principios psicológicos, en especial los de aprendizaje pueden ser sumamente efectivos en la modificación de la conducta desadaptativa. Por lo tanto, la estrategia central de tratamiento de los problemas consiste en exponer a los pacientes a nuevas situaciones de aprendizaje que modifiquen sus patrones de respuesta maladaptativos.

Esta aproximación enfatiza que el problema tiene que ver con procesos observables, se enfoca en procesos conductuales, no en pensamientos o sentimientos, y se centra en el proceso y no en la historia de éste. Por ello podemos ver grandes diferencias entre la perspectiva sistémica y la conductual, lo que hará que trabajemos bajo distintas premisas durante el Prácticum a la hora de acompañar a los distintos profesionales.

Parte de los métodos de la terapia conductual están tomados de la teoría del aprendizaje y de métodos de laboratorio. La terapia conductual se caracteriza por un enfoque teórico extremista (conductismo radical) basado en el condicionamiento clásico y operante. Por los años 50' Wolpe (1958) generó un método sistemático para aplicar el modelo de contracondicionamiento a las reacciones fóbicas. Un aspecto esencial de este método llamado “desensibilización sistemática” es el uso de escenas imaginarias en lugar de situaciones reales. Esta innovación le permitió tratar a los pacientes con cualquier reacción fóbica sin recurrir a situaciones reales.

Un derivado de la “desensibilización” es la llamada “terapia implosiva”, que consiste en que el paciente imagine con realismo el episodio que le provoca ansiedad y también imágenes sobre el tema aversivo. Otros terapeutas se apegan más a la orientación conductista general y saturan al paciente con los aspectos más obvios de la situación que le provoca ansiedad. El condicionamiento aversivo también se basa en el modelo de condicionamiento clásico y se utiliza frecuentemente cuando el paciente desea suprimir alguna conducta.

Una reacción emocional desagradable se condiciona a una conducta negativa o a la situación que la provoca.

Otro procedimiento del Modelo de Aprendizaje Operante, que supone el uso sistemático del reforzamiento positivo de la conducta deseada, la supresión del estímulo positivo de la conducta reprobable (extinción) y el castigo de esta conducta. Como modalidad terapéutica se ha aplicado en especial a niños agresivos, autistas, etc.

Otro método es el aprendizaje imitativo, que se basa en la observación de modelos (Bandura 1977); los profesionales de la corriente del aprendizaje social lo consideran un agente muy eficaz de cambio terapéutico.

Al analizar el desarrollo de las terapias conductuales aplicadas a los trastornos psico-emocionales de los seres humanos y considerando el punto de vista del aprendizaje social, podemos señalar igualmente varias intervenciones del condicionamiento operante, del clásico, del aprendizaje observacional y de los que son mediados por los procesos cognoscitivos.

Los fundamentos empíricos de la escuela conductista parten de conceptos fundamentales de la teoría del aprendizaje y sus procedimientos empíricos del condicionamiento. Además, como hemos podido observar a través de esta breve reseña histórica de la psicología, los autores hacían referencia directa o indirectamente a procesos y fenómenos cognitivos. Ninguno de ellos formalmente podría negar la existencia de los mismos. Por lo tanto, pasamos a describir brevemente las teorías del aprendizaje y conceptos relacionados con la terapia conductual, así como a describir brevemente lo que entendemos como psicología cognitiva.

2. Teorías del aprendizaje y modificación de la conducta:

El comportamiento puede ser considerado como las formas en las que el individuo reacciona hacia su medio ambiente, y qué hace la persona en el mismo. Existen al menos dos tipos de conductas: la primera se refiere al comportamiento de reacción similar al producido involuntariamente o de respuesta autónoma, como la salivación ante la comida. Además las respuestas emocionales como el miedo, la ansiedad y enfado experimentado como condicionamiento de respuesta son producidas de manera automática bajo circunstancias de tensión.

En el segundo tipo de conducta en contraste con el condicionamiento de respuesta, las respuestas operantes son similares. Son mediadas por el sistema nervioso central e incluyen aquellos comportamientos que interactúan con el entorno del individuo y tienen un efecto sobre dicho ambiente. Las conductas operantes producen acciones como caminar, hablar, etc.

¿Cómo son este tipo de condicionamientos clásicos y operantes adquiridos y modificados? La base para la aplicación de la teoría del aprendizaje hacia el tratamiento de la ansiedad y el manejo del estrés surgió de las demostraciones de laboratorio sobre el condicionamiento del miedo, llevadas a cabo por Watson y Rayner (1920).

¹Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual (2005). Reynoso, L., Seligson, I. [Enlace](#)

En el decenio de 1960-69 Ullman y Krasner (1965, 1969) utilizaron simultáneamente los términos “modificación de conducta” y “terapia conductual”, lo cual generó mucha confusión. Definieron ambas como formas específicas de procedimientos de intervención clínica.

Posteriormente Franzini y Tilker (1972) sugirieron, lo cual fue aceptado, que la distinción debería hacerse con base en la naturaleza de la población a la que se dirige, de modo que la terapia conductual alude el tratamiento individual y la modificación de conducta refiere el esfuerzo de cambios en instituciones sociales relacionadas con otras áreas como la de educación y retraso en el desarrollo. El término “modificación de conducta” también ha sido utilizado e intercambiado con el de terapia conductual. Como término más genérico, se refiere a la aplicación de los principios de condicionamiento operante o se distingue de la terapia conductual, ya que inicialmente fue empleado para describir investigaciones de quienes se aproximaron a la conducta por la aplicación sistémica de los principios del aprendizaje social derivados de la investigación psicossociológica. “Modificación de conducta” se utilizó para mencionar la entrevista estructurada en el condicionamiento verbal, en la producción de neurosis experimentales, en la relación médico-paciente y en un sentido amplio, está relacionado con todo el campo del aprendizaje. Así, las investigaciones en este campo son estudios de aprendizaje con un interés particular en la meta clínica del tratamiento.

3. Psicología cognitiva:

La psicología cognitiva surge como una reacción contra el paradigma del conductismo estímulo-respuesta, planteando la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras. Es decir, se otorga importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concebido este como un procesador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta. La psicología cognoscitiva establece que dentro del campo de la psicología se debe centrar nuevamente la atención en el estudio del sujeto. Hablar de la psicología cognitiva es hacer referencia a un movimiento que se ha expandido a lo largo y ancho del conocimiento psicológico en las tres últimas décadas.

En la actualidad, cuando se habla de cognición, se habla de:

- a) Los determinantes centrales de los fenómenos psicológicos. La conducta se concibe como el resultado de un conjunto de procesos mentales aplicados al medio ambiente y al ser humano como un organismo procesador activo e informal y no como ejecutor pasivo.
- b) El razonamiento como uno de los procesos fundamentales del pensamiento y a los métodos lógicos de razonamiento.
- c) El mecanismo a través de los cuales la información es transformada, traducida en significado, y llega a ser una representación mental.
- d) El uso explicativo de los conceptos mentalistas. La recuperación de la información en la memoria, así como los esquemas cognitivos, depende de señales que el individuo percibe del medio ambiente y como esta percepción puede ser distorsionada o magnificada.

e) Los procesos de autocontrol que el individuo aplica a diversas situaciones estresantes en ausencia del terapeuta.

Uno de los principales objetivos de la terapia cognitiva es la identificación de los pensamientos automáticos distorsionados, que se presentan de forma automática mientras el individuo está en medio de una situación particular o recuerda un suceso significativo del pasado. Los pacientes con depresión o ansiedad presentan más pensamientos automáticos negativos que otros individuos que no presentan patología alguna. Por tanto, los pensamientos automáticos negativos pueden ser asociados con conductas. La terapia cognitiva va dirigida a ayudar a los pacientes a reconocer y a cambiar esos errores cognitivos. Algunos de los más comunes son: pensamiento todo o nada; personalización; ignorar las evidencias y la sobregeneralización. La terapia cognitiva también se enfoca en los esquemas, que son estructuras cognitivas que representan los cimientos o las reglas básicas para interpretar información del medio ambiente. Los terapeutas cognitivos ayudan a los pacientes a modificar los esquemas problemáticos.

Un principio de las terapias cognitivas tradicionales es que la cognición, la emoción y la conducta humana no constituyen entidades separadas, sino estrechamente relacionadas y que se influyen de forma interdependiente. La terapia cognitiva también incluye gran cantidad de intervenciones conductuales, como los programas de actividades y tareas graduadas asignadas. Esos procedimientos son usados para cambiar la patología conductual e influenciar el funcionamiento cognitivo. La relación entre cognición y conducta está considerada como una calle de doble sentido. Si una conducta mejora, es usualmente saludable tener efectos en la cognición. De igual forma, un cambio cognitivo puede llevar ganancias conductuales.

Como procedimiento terapéutico la terapia cognitiva es una forma de psicoterapia con un sustento en investigación. Estudios controlados han demostrado resultados donde la terapia cognitiva es un tratamiento efectivo. En la actualidad hablar de lo cognitivo no se reduce únicamente a operaciones intelectuales. El estudio de dichas operaciones constituye sólo una parte de las operaciones cognitivas. Al hablar de cognición debemos involucrar la parte de lo afectivo y de la motivación en el estudio de procesos cognoscitivos.

4. Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo-conductual:

La psicoterapia cognitivo-conductual ha sido una de las aproximaciones terapéuticas de mayor crecimiento y popularidad en los años recientes, por ejemplo en EE.UU., España, Italia y Argentina. La Terapia Cognitivo-conductual se fue conformando a través del análisis de destacados profesionales; entre ellos Albert Ellis (1962), con la Terapia Racional Emotiva (TRE), ha sido uno de los fundadores o creadores de los principios de la terapia conductual-cognitiva, y ha favorecido el desarrollo de lo que se conoce como "terapia cognitivo-conductual". La TRE-conductual sostiene que los individuos adoptan esquemas o formas de razonamiento y poseen control sobre pensamientos, acciones y conductas en este proceso de interacción, dónde se pretende conocer el contenido específico de las cogniciones y creencias del paciente. Este modelo enseña a los pacientes a identificar e informar sobre sus disfunciones cognitivas (cómo ocurren, cuándo, etc.). Los terapeutas formados bajo este esquema trabajan para persuadir a los pacientes de que sus creencias son irracionales, y les ofrecen enseñarles una filosofía de vida más adaptativa.

El modelo cognitivo-conductual propuesto por Beck y Ellis puede entenderse como un método colaborativo, partiendo del supuesto de que la gente o el paciente cambia su manera de pensar más rápidamente si la razón del cambio proviene de su propia introspección.

En la terapia cognitivo-conductual la relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente ofrece un marco en el que el paciente aprende los procesos de identificación y evaluación de los pensamientos disfuncionales; el objetivo de este modelo es cambiar creencias disfuncionales y enseñar al paciente a utilizar métodos para evaluar en el futuro otras creencias.

La terapia cognitiva también es un modelo de tratamiento de la depresión (Beck 1970-1976), así como de trastornos de la personalidad (ansiedad). Beck es considerado la piedra angular de la terapia cognitiva, ha contribuido al tratamiento de la depresión, destacó en el desarrollo de conceptos para el tratamiento de pacientes suicidas y la desesperanza. Otro aporte de la terapia cognitivo-conductual ha sido el estudio de las conductas contemporáneas por Alberto Bandura (1977). Con el concepto de terapia de aprendizaje social, introduce nuevos patrones de conducta (aprendizaje de observación), contribuye al modelo cognitivo y orienta al modelo participativo. Esta teoría dio un giro a la terapia de la conducta hacia el ambiente cognitivo de la conducta.

George A. Kelly (1955) también ha contribuido y desarrollado un modelo de constructos personales y creencias asociadas al cambio de conducta; define un constructo como la forma en que el individuo constituye o interpreta el mundo; su interés se centra en observar cómo la persona estructura y da significado a los constructos particulares. En el plano de las emociones, la contribución a la terapia cognitivo-conductual ha sido Richard Lazarus (1966), quien propuso el cambio en la cognición provocado por la emoción, la que provocaba también un cambio de conducta.

Los aportes de diferentes autores, tanto conductuales como cognitivos han permitido que la aproximación se fortalezca como estrategia de intervención psicoterapéutica. A continuación presentamos una tabla¹ con una lista de Terapias cognitivo-conductuales:

Año	Terapia	Autor/es
1962	Racional emotiva	Albert Ellis
1963	Terapia cognitiva	A. T. Beck
1971	Autoinstrucción	D. Melchenbaum
1971	Gestión de la ansiedad	Suinn
1973	Solución de problemas	D'Zurrilla y Goldfried
1973	Inoculación al estrés	D. Meichenbaum
1974	Ciencia personal	Michael Mahoney
1975	Racional comportamental	Maultsby
1977	Autocontrol	Renn
1983	Psicoterapia estructural	Guidano y Liotti

¹Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para los trastornos de salud (2007). Hernández, N.A., Sánchez, J.C. Editorial: Libros en red. [Enlace](#)

Con esta tabla finalizamos nuestro breve análisis sobre lo que fundamenta la teoría bajo la que trabajan los profesionales con los que colaboramos. Como podemos observar, ambas teorías son muy distintas y surgen por diferentes factores históricos, sociales, etc. Esta profundización nos enseña cómo se pueden entender los problemas de las familias o personas que vemos se atienden durante nuestro Prácticum. Es interesante comprender, cómo desde la psicología existen tantas formas de ver una realidad única; esto nos hace conscientes de la importancia de tomar una decisión, un camino teórico que creamos más adecuados para nuestra forma de entender los problemas, y nos dediquemos a estudiarlo en profundidad; dependiendo de nuestra orientación teórica, atenderemos en el futuro de distinto modo a nuestros clientes.

SERVICIO DE ATENCIÓN A FAMILIAS (SAF):

Vamos a comenzar analizando en relación a la teoría descrita las actividades que hemos observado o llevado a cabo en relación al **Servicio de Atención a Familias**. Nuestra actividad práctica en este servicio ha consistido básicamente en comprender cómo surgió y cómo funciona actualmente este servicio, ya que se trata de una prestación relativamente nueva que ofrece la asociación, al haber comprobado la necesidad de un contacto profesional de intervención psicológica para esta área, ya que muchas de las problemáticas que presentan los clientes del centro pueden ser derivadas de un funcionamiento erróneo en el sistema familiar, problemas concretos con relación al sistema primario, etc. Así creyeron adecuado implantar este servicio con la intención de que se complementara con el ya existente de atención psicológica del Centro, del que también colaboramos en relación al Prácticum. La creencia sobre la importancia del funcionamiento adecuado del sistema familiar, para una mejor socialización de los usuarios con discapacidad, una mejor educación de éstos, fue una de las creencias que llevaron a que la asociación prestara este servicio, que ha crecido considerablemente en número de familias sobre las que interviene en un año que lleva en activo, así como en número de cursos que imparte a los diferentes grupos mencionados.

Las razones por las que hemos elegido colaborar en este servicio es nuestro interés particular sobre cómo se realizan intervenciones con los familiares de personas con discapacidad a su cargo, ya que en nuestra experiencia profesional hemos visto cómo el correcto funcionamiento de este grupo en relación a la persona discapacitada tiene una gran parte de influencia sobre la persona, siendo éste un pilar imprescindible para que la persona con discapacidad crezca de la mejor forma posible, viéndose atenuadas o incrementadas ciertos handicaps asociados a sus discapacidades dependiendo de la influencia familiar. Es decir, he podido a través de mi experiencia observar cómo el sistema familiar y su forma de educar y actuar con respecto a la persona discapacitada, hace que dicha persona atenúe y reduzca el grado de gravedad de su discapacidad o más bien los comportamientos y acciones que estas desencadenan, ya que ha recibido una educación adecuada, se han marcado límites en su comportamiento, etc., mientras que existen casos por los que un tratamiento inadecuado (sobrepotección, negligencia, etc.) han podido crear muchas veces por desconocimiento o por falta de una atención temprana del sujeto, un problema con doble peso en la familia de la persona con discapacidad (trastornos de conducta, etc.). Creyendo y basándonos en la teoría de los sistemas, sí pensamos que el sistema familiar es muy importante e influye de forma directa en el comportamiento, límites, educación que tienen los usuarios.

Y esto lo podemos observar cuando por ejemplo entra un nuevo usuario en el Centro, por su forma de actuar y de acatar las normas, podemos intuir qué tipo de educación ha recibido en el hogar. Si el cliente acepta las normas y los límites comunitarios, vemos que se ha trabajado sobre la educación del sujeto. Cuando no lo hace, podemos intuir casos de negligencia, de falta de educación sobre el sujeto por parte de la familia, y ahí entonces el trabajo se dirige a educar en ese aspecto a la persona con discapacidad.

Por todo ello, por la importancia que consideramos tiene el entorno familiar, creemos que ésta área es de principal interés cuando se atiende psicológicamente una demanda que proviene del Centro en relación a un cliente con discapacidad. Estas fueron las razones que nos han llevado a elegir el colaborar en el servicio de atención a las familias, y nuestra experiencia en el Prácticum han demostrado que nuestra elección ha sido acertada, y de que realmente se puede mejorar la situación de la familia a través de nuestra intervención como psicólogos, siendo esta área muchas veces no tenida en cuenta, ya que los estudios se suelen centrar en las discapacidades en sí y en los sujetos que la padecen, no prestando tanta atención a las necesidades de la familia que convive con dichas personas. Hemos comprendido, la necesidad de ayuda por parte de muchas familias que se han visto desamparadas ante la educación de una persona quizás con una discapacidad que la misma familia no llegaba a entender. Si realizamos una intervención desde una atención temprana, seguro la familia sufrirá mucho menos en el proceso de ver cómo crece y se hace adulto su hijo o familiar con discapacidad.

Ya hemos descrito el marco teórico que sustenta este tipo de intervención, que es la teoría sistémica de intervención sobre la familia. Existen como hemos visto muchas formas de intervención, basadas en distintas teorías, pero a nosotros nos ha interesado subrayar la intervención individual familiar, ya que en la mayoría de casos la demanda proviene de una sola persona (madre, hermana, hermano, etc.), que sufre o duda sobre su relación y sentimientos hacia la convivencia o relación con la persona discapacitada. Hablábamos sobre la Psicoterapia Individual Sistémica, que apareció como una nueva posibilidad de tratamiento gracias a los últimos cambios epistemológicos de las ciencias del saber y cuyas contribuciones fundamentales han sido el constructivismo y el construccionismo social. La profesional con la que hemos colaborado está especializada en terapia familiar, y como ella misma verbaliza, utiliza un sin fin de técnicas relacionadas con la intervención familiar (estratégico-estructural, intergeneracional, según la escuela de Milan, etc.), que puede encuadrar en la teoría general del modelo sistémico. Por lo tanto, encuadramos el tipo de intervención que realiza en un amplio abanico de perspectivas sistémicas, que podemos catalogar con la etiqueta de teoría e intervención familiar sistémica, terapia familiar sistémica, etc. y de las cuales hemos recogido estrategias y técnicas que hemos obtenido a través del diálogo con la profesional y que se describen más adelante. Por ello analizaremos las actividades llevadas a cabo desde el punto de vista de esta teoría y alguna de sus escuelas más importantes, conociendo que el tipo de sesiones que realiza suelen ser de carácter individual. Además debemos recordar que el trabajo de este servicio no es únicamente la intervención familiar, sino que realizan tareas de orientación, y un punto muy importante de su trabajo se basa en los distintos cursos que imparten en el Centro.

Nos han ofrecido una amplia bibliografía, con la que trabajan generalmente y que mayoritariamente, a parte de la información que han obtenido en la web para realizar cursos concretos, es ofrecida por FEAPS, una fundación de la que reciben subvenciones para la impartición de los cursos a familiares con personas con discapacidad a su cargo.

Generalmente se ha tratado de documentos en formato informático, guías, libros, etc., que trataban diferentes temáticas relacionadas con la forma de trabajar y la filosofía en relación al tema de la discapacidad. La bibliografía revisada la podemos encontrar en el apartado específico para ello.

Hemos trabajado durante nuestro Prácticum en esta área junto a la psicóloga del servicio y junto a la trabajadora social que trabaja de forma específica en este servicio. La metodología que siguen se basa en una buena coordinación de su servicio con el resto de trabajadores del Centro como la Trabajadora Social para el Centro de Día o el psicólogo que atiende las demandas tanto del centro diurno como residencial. Hemos observado como la fluida comunicación entre ellos les facilita el trabajo, y ayuda a que todas las partes estén debidamente informadas de cómo evolucionan determinados clientes. El servicio de atención a familias, dedica la mayor parte del tiempo por un lado a atender individualmente a familiares que quieren acudir a terapia con la psicóloga, así como a crear cursos que se ofrecen todas las semanas a diferentes familiares con la intención de crear vínculos cercanos con ellos. Además, pueden recibir demandas que provienen de las distintas partes del centro en relación a clientes y alguna problemática concreta, y es cuándo la psicóloga se pone en contacto con la familia e intenta concertar una cita con ellos para analizar y acercarse al problema y así intentar si la familia lo permite intervenir en ella o en el problema que presentan como sistema familiar.

Estas son las tareas que hemos podido observar; no hemos participado directamente en terapia junto a la psicóloga, pero sí que hemos podido recoger datos sobre su forma de actuación, ya que hemos podido comentar algún caso concreto con ella; además hemos tenido la oportunidad de realizar visitas domiciliarias y comprender contextualmente las dificultades añadidas en el establecimiento de una relación entre profesional y cliente. Otra tarea llevada a cabo ha sido la participación activa en la creación de cursos de formación, como el referido a la “autodeterminación” y otro en el que hemos tratado el tema del “vínculo familiar”. Este proceso ha sido de gran interés para poder observar cómo se crea un curso concreto y la prioridad y forma de enfocar la información que se tiene en cuenta. Por lo tanto, iremos por partes y a continuación describiremos a fondo cómo se desarrollan estas actividades así como nuestras observaciones de éstas en relación a la teoría estudiada de fondo sistémico; debemos señalar, que por supuesto estas no son las únicas actividades que llevan a cabo el servicio de atención a la familia, sino que en el día a día pueden surgir otras que aquí no señalamos, pero sí debemos decir que son el trabajo base que realizan estas profesionales.

1ª Actividad del SAF: Terapia Familiar Sistémica:

La psicóloga lleva a cabo terapia con familiares que así lo solicitan de forma directa, o que de forma inicial se presentan en el centro ante la psicóloga con un problema, o simplemente comentando su situación con respecto a su situación familiar, y en adelante la psicóloga ofrece realizar terapia con los que cree oportuno, guiándose por su experiencia y conocimientos que le dan pistas sobre si puede la persona necesitar ayuda. Muchos acceden a ello mientras que algunos en un primer momento pueden mostrarse reticentes a este tema y no acceder.

Por lo tanto, el proceso inicial puede ser el siguiente: puede que acudan al centro clientes nuevos (familiares) que en primer lugar acuden a algún curso dónde se aprovecha para comentar que existe el servicio de psicología donde los familiares pueden acudir sin ningún tipo de compromiso, o puede que por ejemplo la persona con discapacidad acuda al centro durante el día o en servicio de residencia, y por lo tanto los familiares ya conocen los servicios que ofrece el centro, y mantienen alguno de sus miembros contacto con la psicóloga debido a esto.

Se puede dar la situación por la que exista un problema con respecto a un cliente del centro con discapacidad y la psicóloga se ponga en contacto con la familia. En cualquier caso, la psicóloga, por demandas que provienen de otros servicios del centro, así como su conocimiento sobre casos concretos y problemas familiares por información obtenida por el centro, o por intuición por su experiencia por comentarios o temas tratados en los cursos, y la observación de la forma de actuar de familiares que acuden a ellos, puede observar una necesidad de intervención sobre particulares. A partir de aquí puede ser ella la que inicie el contacto con la persona que cree necesitar apoyo, o puede la persona ponerse en contacto con la psicóloga. En ambos casos, si se llega al consenso de realizar terapia, suele ser como ya hemos dicho y en un principio de tipo individual, generalmente porque la situación lo requiere, es decir, el resto de las partes del sistema familiar no están abiertas a participar. Más adelante, una vez se han realizado varias sesiones y si se da la posibilidad, la psicóloga puede precisar incluir a otras personas del círculo primario en las sesiones.

El perfil de la persona que acude a terapia, que hemos podido observar, suelen ser generalmente figuras femeninas de la familia, como madres o hermanas. Esto puede estar asociado a que por la historia de la mujer en la sociedad, las connotaciones de la sociedad tradicional, se suele atribuir a la mujer en la familia la función de cuidadora y responsable de la persona con discapacidad. Este dato lo obtenemos de nuestra propia observación y experiencia en este contexto, el que la figura femenina está muy presente en relación a los cuidados de la persona con discapacidad.

Por lo tanto, la terapia tiene un enfoque individual, pero se trata desde una conceptualización sistémica. El objetivo será influir en el sistema al que la terapeuta tiene acceso, la persona que acude a terapia, y de este modo tratar de modificar todas las partes, intentando crear estabilidad en el sistema primario e influir sobre él positivamente. Este punto como sabemos es la base ideológica de la teoría sistémica en la que se basa la psicóloga, y que ya hemos descrito ampliamente en el apartado teórico de este trabajo. Como vemos es complicado intervenir cuando sólo se tiene acceso a una persona, ya que la influencia es menor, pero debemos adaptarnos a los recursos que tenemos como terapeutas y hacer el máximo trabajo que podamos con las personas con las que contamos. Para ello hemos indagado en distintas formas de terapia familiar en base a lo que hemos inferido de las conversaciones mantenidas con la psicóloga sobre distintas formas de diálogo con los familiares, distintas intervenciones terapéuticas, medidas tomadas con los clientes, contratos realizados con ellos, etc., de las que hemos deducido enfoques y técnicas típicas de los modelos de intervención sistémicos, que pasaremos a describir de forma resumida a continuación y que no hemos llegado a describir en el apartado teórico correspondiente. Por lo tanto, podemos decir, que nuestro Prácticum en esta área nos ha ayudado a asimilar y aprender sobre técnicas empleadas en este tipo de intervenciones sistémicas.

Cómo hemos dicho, el primer contacto se puede establecer y generalmente será así, de forma telefónica. Una de las herramientas de terapia sistémica es utilizar como primer paso y acercamiento inicial una ficha telefónica.

Esta ficha tiene gran importancia, ya que establece información básica sobre la familia, y será la primera toma de contacto de la psicóloga con los futuros pacientes. La información incluida en la ficha permite formular una hipótesis inicial sobre la función que puede cumplir el síntoma del paciente identificado para cada miembro de la familia y para él mismo. En muchas ocasiones los familiares acuden con una demanda en relación al miembro de la familia con discapacidad, pero tras esta demanda inicial se observa como existe una demanda enmascarada, en la misma persona, familiar que realiza la petición de apoyo, por lo que finalmente, el rumbo que toma la terapia es distinto a la planteada inicialmente por dicha persona.

Normalmente, una ficha telefónica consta de los siguientes puntos:

- Nombre del paciente.
- Edad del paciente.
- Datos de los miembros de la familia, profesión y edades, del círculo primario.
- ¿Quién realiza la demanda?
- Quien pide la cita con la psicóloga.
- Motivo de la demanda.

A partir de esta información, hemos estudiado que puede ser importante el crear un “genograma” como herramienta sistémica a la comprensión de las relaciones familiares que existen en el círculo primario de la persona que acude a terapia. Por ello es importante recoger en un primer contacto los datos que creamos precisos para poder construir dicho genograma.

La terapeuta, como ya he verbalizado, utiliza diferentes técnicas de distintas *escuelas sistémicas* dependiendo de la demanda que reciba. Por lo tanto, existirán diferentes posibilidades en cuanto a las técnicas y estrategias aplicadas, de los cuales describimos a continuación los que creemos son interesantes y han podido ser utilizados por la terapeuta, lo que inferimos de nuestras conversaciones con ella y de nuestra observación de cómo explica el cómo trata algunos temas y problemas con los clientes. Tiene en primer lugar la posibilidad de aplicar el modelo basado en las premisas de la **Escuela Interaccional**, el enfoque del **Mental Research Intitute (MRI)**, por el que la intervención estaría centrada en el problema que la familia o familiar trae a consulta, y por la que el terapeuta modificaría la secuencia interaccional en la que se manifiesta el síntoma para alcanzar el cambio esperado.

Se basa en la definición del problema, en los intentos de solución que se han llevado a cabo y los factores que han incidido para consultar ahora y no antes. A continuación presentamos una tabla en la que se citan las estrategias y técnicas que suelen aplicarse desde este enfoque:

ESTRATEGIAS	TÉCNICAS
Determinar los objetivos	Definición del problema desde un patrón interaccional
Elegir el cambio mínimo	Clarificación de las soluciones intentadas por la familia
Hacer lo opuesto de lo que se estaba haciendo	Redefinición o <i>reframing</i>
Adaptarse y comprender la idiosincrasia del paciente	Prescripción de tareas para casa
Evitar la confrontación con la familia	

Cómo ya hemos citado, la terapeuta en este caso, dependiendo del análisis inicial que realice con respecto a la demanda que formula la persona que quiere acudir a terapia, decidirá si este tipo de técnicas son las adecuadas o no.

Otro de los modelos revisados que nos parece que debemos describir, ha sido el que plantea la **Escuela de Milán**, basada en las teorías de Gregory Bateson. Este enfoque aborda no solamente los conceptos de la Cibernética de Primer Orden, la cual veía a la familia como “una máquina en equilibrio” con averías que el terapeuta debía reparar, sino, que con los aportes de la Cibernética de Segundo Orden, centra su interés en la importancia del lenguaje y en el intercambio entre terapeuta y familia de la información, de los significados y de las emociones. Está interesada en el proceso terapéutico como generador de cambio, que en la obtención inmediata del mismo. Este proceso de intervención, se centra más sobre todo en conseguir una relación entre familiar-terapeuta profunda, como base de la consecución al cambio, que conseguir cambios inmediatos. Las técnicas y estrategias que utiliza esta escuela son las siguientes:

ESTRATEGIAS	TÉCNICAS
Escuchar activamente a la familia	Preguntas: - Lineales - Circulares - De comparación y clasificación - Orientadas al futuro - Hipotéticas
Desarrollar la curiosidad	Intervenciones cognitivas: - Redefinición o reinterpretación - Connotación positiva
Ser irreverente	Intervenciones conductuales: - Intervenciones directas - Intervenciones paradójicas
	Rituales

Otro modelo que nos ha parecido muy interesante y del cual hemos podido observar que la psicóloga a la que hemos acompañado utiliza técnicas de este tipo, es el modelo basado en la **Escuela Estructural-Estratégica. Minuchin y Fishman (1992)**, dos de los autores por excelencia de este modelo, afirman que los problemas aparecen en las familias en forma de síntomas cuando la estructura familiar está alterada en relación con la jerarquía (por ejemplo padres incompetentes o negligentes con sus hijos), o los límites familiares son demasiado rígidos o difusos, o existen coaliciones de dos contra uno. Las estrategias y técnicas que utilizan son las siguientes:

ESTRATEGIAS	TÉCNICAS
Coparticipar con la familia	Técnicas basadas en el síntoma: - Escenificación. - Logro de intensidad. - Enfoque.
Crear un mapa relacional	Técnicas basadas en la estructura familiar: - Establecimiento de límites. - Desequilibramiento. - Cuestionamiento. - Búsqueda de los “lados fuertes de la familia”.
Descubrir el patrón interaccional y los juegos de poder de la familia	Definición del problema
Detectar “coaliciones” evidentes o “silenciosas”	Directivas: - Directas - Indirectas o paradójicas - Metafóricas
Desenmascarar problemas derivados del exceso de simetría o complementariedad	Frustración de una respuesta para alentarla
Alterar el comportamiento sintomático familiar	Empleo del espacio y la posición
Cuestionar la jerarquía incongruente	Énfasis en lo positivo
Impedir la repetición de secuencias interaccionales	Control de la información
	Autonomía y separación

El terapeuta puede elaborar un mapa relacional (*mapeo*): relaciona un mapa que permita ver de forma gráfica los datos relevantes de la familia como composición, edades, relaciones o parentesco. Como citan Minuchin y Fishman (1982)¹, “el mapa familiar indica las posiciones respectivas de los miembros de la familia. Revela las coaliciones, afiliaciones, conflictos implícitos y explícitos, y la forma como los miembros se agrupan a la hora de resolver conflictos. Identifica a los miembros que operan como desviadores del conflicto y a los que funcionan como central telefónica. Registra quiénes son los que “nutren”, y los que “sanar” y los chivos emisarios. Al delinear las fronteras entre subsistemas, indica las zonas donde hay movimiento y sugiere posibles áreas de fortaleza o de disfunción”.

¹Bermúdez C., Brik E. (2010). “Terapia familiar sistémica: Aspectos teóricos y aplicación práctica”. Editorial síntesis. Pág. 226.

Terminamos aquí con la descripción de lo que son las técnicas y modelos en los que se basa la psicóloga de atención familiar cuando realiza sus intervenciones. El número de sesiones que imparte serán especificadas y pactadas con la persona que acude a terapia, y nunca deberán sobrepasar en número cuando ya se haya cumplido con el objetivo marcado inicialmente, o la persona haya superado lo que en primer lugar le llevó a terapia. Esto, a parte de respetar el código deontológico, hará que el cliente no cree un lazo de dependencia con el terapeuta, ya que como suele ocurrir, las personas que han tenido a su cargo personas con discapacidad, pueden estar aisladas socialmente, o haber perdido lazos sociales con personas con las que antes los mantenían, y sentirse solas, perdidas, etc. siendo peligroso el que confundan los lazos que les unen a la psicóloga.

2ª Actividad del SAF: Visitas domiciliarias:

Esta actividad puede formar parte de distintos procesos:

a) Como parte del punto anterior de *terapia familiar sistémica*, por la que la terapeuta se tiene que desplazar al hogar familiar ya que el cliente no tiene medios de transporte que le puedan llevar al Centro. Esto suele ocurrir cuando la persona es mayor o está enferma. Entonces en este punto se enmarcaría toda la información citada en el anterior (1ª actividad).

b) Como visita por parte de la psicóloga y trabajadora social como primer contacto y entrevista con una nueva familia que contacta con el centro. Esto suele servir para una primera recogida de datos, introducción del servicio, orientación del cliente, etc. También ocurre cuando la persona que lo solicita es mayor, no tiene medio de transporte, etc. Aquí principalmente intervendrá la trabajadora social, que será la encargada de recopilar datos que sean importantes en relación a la base de datos del centro, y los que se requieren. La psicóloga utilizará por otro lado este primer acercamiento para valorar la situación familiar, recopilar datos que se relacionan con lo que hemos mencionado y se recoge en la ficha telefónica comentada con anterioridad, y observación de si pudiera existir alguna problemática concreta que precise de intervención por su parte. De todos modos, es un primer acercamiento en el que sólo podremos plantear hipótesis desde el marco conceptual de la teoría sistémica y su comprensión del funcionamiento familiar.

c) Como visita domiciliaria, sin un fin de intervención psicológica, sino como acompañamiento de familiares que se encuentran en situaciones de desprotección o soledad. Este tipo de visitas tienen como finalidad realizar un acompañamiento de la persona que está en situación de desprotección y que convive con la persona con discapacidad, y con las que la psicóloga, ya sea porque no cree preciso intervenir psicológicamente (personas muy mayores, etc.) o porque la persona que recibe visita rechaza dicho tipo de ayuda, sólo puede realizar un seguimiento de este tipo. Estas visitas consisten en marcar cronológicamente cuándo acudirán al domicilio, y pasar un período de una hora con dichas personas, en las que se aprovecha para charlar sobre lo que preocupe al sujeto, pero sin vistas de intervenir de ningún modo, sino como desahogo para la persona. En esta actividad, de la que hemos formado parte activa, hemos podido comprender la dificultad a la hora de tratar con los familiares de personas discapacitadas, ya que en muchos casos en relación con los clientes de ADISLAN, se tratan de personas mayores con un nivel económico bajo, que se encuentran aisladas e inmersas en un modo de vida centrada en la persona con discapacidad poco saludable, pero que a su vez no podemos modificar.

Sólo en estos momentos podemos ayudar al sujeto haciéndole ver que tiene un punto de apoyo, el servicio del *SAF*, y que siempre podrá acudir a éste en caso de problemas que le preocupen o no puedan resolver por sí mismos.

3ª Actividad del SAF: Creación de talleres temáticos (“autodeterminación”):

En la parte teórica hemos descrito extensamente lo que por “autodeterminación” entendemos enmarcada en la teoría referida a personas con discapacidad, y hemos revisado las más novedosas técnicas como la *Planificación Centrada en la Persona*, por lo que aquí no nos vamos a referir a teoría de este tipo, sino a la relación de la elección de este tipo de temas encuadrados en la teoría sistémica, que guía el trabajo de la psicóloga.

La formación en *Autodeterminación*, tiene como objetivo principal, por un lado, sensibilizar a las familias de personas con discapacidad sobre el concepto de *Autodeterminación* y sobre los elementos que lo integran. Y por otro mejorar y/o instaurar habilidades y estrategias en el repertorio familiar, para favorecer la autodeterminación individual y familiar. Por lo tanto, este tema como otros tratados en los cursos que facilita este servicio, que se estructuran y realizan a lo largo de unos 10 meses y con una periodicidad de una sesión al mes, pretenden favorecer el funcionamiento del sistema familiar, comprendiéndose de este modo su importancia dentro de la teoría que hemos estudiado.

El taller de “autodeterminación” tiene como objetivo principal crear un espacio para las familias de personas con discapacidad donde intercambiar, compartir experiencias y conocimientos, exponiendo todos aquellos temas que les preocupa, les inquieta o desean plantear debido a sus intereses, preferencias, etc., en relación al tema de autodeterminación. Esta actividad permite a las familias compartir experiencias y situaciones, en su mayoría comunes, que favorecen la identificación y que permiten paliar en gran medida dudas en relación al tema de autodeterminación.

Los objetivos desde el marco sistémico que persiguen este tipo de talleres son:

- Ofrecer un lugar de encuentro para que las familias puedan compartir sus experiencias, inquietudes, conocimientos en torno a un tema de interés para ellos/as.
- Promover la responsabilidad e implicación de las familias en su propio bienestar. Paliar sentimientos de soledad y desorientación que experimentan las familias en diferentes momentos del ciclo vital.
- Aproximar la asociación a los familiares y promover el contacto con la psicóloga.
- Promover un espacio para que las familias expresen sentimientos, emociones, pensamientos de aquello que les preocupa y en relación a los temas propuestos.
- Adquirir conocimientos e información y favorecer la adquisición de habilidades a través de otras experiencias y situaciones compartidas.

De este modo hemos visto cómo la actividad se organiza alrededor de los siguientes conceptos y reglas:

1. Cada encuentro deberá contar con un dinamizador/a y un secretario/a.
2. Los encuentros se llevan a cabo con la ayuda de una dinamizadora del Servicio de Apoyo a Familias, trabajadora social, que desempeña las siguientes funciones:
 - Propiciar la participación, comunicación y escucha de los asistentes.
 - Promover la confidencialidad, la empatía, la tolerancia, el respeto y las relaciones.
 - Promover la cohesión y la interacción.
 - Crear un clima agradable.
 - Elaborar y recopilar las ideas surgidas en el grupo con respecto al tema de autodeterminación.
 - Encauzar los posibles conflictos surgidos en el grupo.
 - Observar y analizar los roles del grupo y de sus miembros con respecto al tema tratado.

El encuentro se lleva a cabo en una sala acondicionada donde los familiares desarrollan la actividad. El Servicio de Apoyo a Familias (SAF) continúa con la gestión de la actividad, facilitando los recursos que precisan para su desarrollo (teléfono, cartas, etc.), condicionando las salas, realizando la difusión de la actividad etc., y tratando de dar respuestas así a todas las cuestiones que puedan surgir en relación al tema tratado.

La metodología utilizada en los talleres observada es la siguiente:

La metodología empleada es activa participativa, buscando con ello la motivación, el interés, la reflexión, el perspectivismo e interacción social, la adquisición de habilidades sociales y comunicativas, la tolerancia y el respeto mutuo y el intercambio de experiencias.

Los destinatarios serán los familiares de personas con discapacidad. El perfil de los asistentes es heterogéneo, lo que permite plantear multitud de temas a tratar y la riqueza que las experiencias aportan al grupo. Todos los temas tratados en este tipo de talleres tendrán por lo tanto como objetivo favorecer el núcleo familiar, e influir de este modo de forma sistémica en la mejora de la familia con una persona con discapacidad a su cargo.

SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL CENTRO:

El Servicio de Atención Psicológica del Centro lleva tiempo trabajando, desde los inicios de la asociación, por lo que conoce y contiene información importante sobre todas las entradas al centro de los clientes desde su apertura. Por este servicio y es su labor el que el primer contacto que hace la persona con discapacidad que entra en la asociación, bien para acudir al centro de día, bien para asistir a los talleres de empleo, etc., pase por la evaluación y recopilación de datos del psicólogo de dicho servicio. El psicólogo es el primero en valorar las características de la persona con discapacidad y el que primero ofrece su opinión sobre el área en el que deberá integrarse, tomando dicha decisión junto con el equipo multidisciplinar.

Él tiene la gran responsabilidad de decidir en calidad y con qué objetivo entra en el centro, de evaluar su discapacidad, y de adquirir junto con el SAF los datos pertinentes sobre su situación social. Dichos datos, se guardan escrupulosamente y con total confidencialidad en este servicio, y son de gran importancia para realizar un adecuado seguimiento de la persona que entra en el centro, su evolución, progreso, mejora, estabilidad, etc. Esta es una de las importantes funciones del psicólogo de dicho servicio, junto con otras tantas que hemos descrito en otros puntos, como son la intervención sobre los problemas que se dan en relación a los clientes que acuden al centro (crisis, fases difíciles, brotes psiquiátricos, problemas de conducta, problemas relacionales en el grupo, etc.). A esta figura acuden las personas que se encuentran en atención directa o no de los clientes con discapacidad; las demandas pueden provenir de cualquiera de los servicios que existen en la asociación, pero estas deben estar relacionadas con los clientes con discapacidad, ya que si no es así se deriva al servicio pertinente, como puede ser el SAF. El psicólogo en este servicio tiene la responsabilidad además de realizar todo tipo de protocolos, como pueden ser protocolos de actuación para el personal de atención directa en relación a conductas inadecuadas o crisis de determinados clientes, o protocolos en relación a aspectos como los pasos a seguir cuándo existe una urgencia médica por motivos psiquiátricos, etc.

Son sólo ejemplos de las muchas tareas que pueden surgir en su puesto. También es el responsable de realizar informes psicológicos o actualizarlos, de modo que exista una información al día sobre todos los clientes del centro. Puede además intervenir en la orientación de casos concretos sobre los clientes del centro, por ejemplo la pertinencia de que un cliente acuda a distintos talleres, o sea integrado en talleres de empleo, etc. Realiza además acompañamientos a clientes para consultas psiquiátricas. Además, debemos decir que este trabajo deberá ser llevado de forma muy organizada y coordinada con el resto de profesionales, dónde la comunicación abierta es muy importante, de modo que todo el sistema funcione adecuadamente, y todas las partes interesadas estén debidamente informadas y apoyadas. Por ello el profesional acude semanalmente a reuniones con coordinadoras, dirección, trabajadores de atención directa, etc., para poder realizar un feedback adecuado y a su vez retroalimentarse de la información que otros profesionales tienen, para poder llevar a cabo un trabajo coordinado y por lo tanto adecuado. Es decir, este profesional, se encarga de todo lo que pueda surgir en referencia a los clientes de la asociación, derivando cuándo sea necesario a otros servicios como la trabajadora social o el SAF cuándo las demandas que recibe no son competencia suya. Por todo ello y conociendo las funciones que tiene el psicólogo en este puesto, hemos optado y nos ha parecido muy interesante colaborar con este profesional.

Nuestro trabajo en esta área ha sido fructífero, y hemos adquirido herramientas nuevas, como la capacidad de realizar informes psicológicos, escritos formales, la comprensión de cómo se realizan protocolos, etc. Todo lo expuesto anteriormente en relación a las funciones del psicólogo, hemos podido observarlas en determinados casos así como participar de alguna forma en la elaboración de determinados documentos (ofreciendo nuestro punto de vista a través de la redacción de informes psicológicos de clientes, por ejemplo).

Si relacionamos nuestra experiencia con la base teórica en la que se fundamenta el psicólogo, que es una tendencia y base filosófica de trabajo de tipo cognitiva-conductual, debemos decir que nos ha llamado la atención las grandes diferencias en la concepción de los problemas y en la búsqueda de soluciones a éstos, desde esta perspectiva en comparación a la estudiada en el SAF.

Esto nos ha ayudado a aprender y comprender cómo se trabaja desde las distintas orientaciones, y cómo se ofrecen soluciones coordinadas desde ambos servicios. Esta tendencia se intuye y así lo explicaremos a continuación, en todas las acciones del psicólogo.

Hemos podido observar, cómo nuestras tareas y las suyas, están inmersas en un marco teórico palpable, intrínseco en todas las actuaciones del psicólogo. El trabajo con este profesional debemos decir que ha sido preciso y concreto, pautando tareas que hemos llevado a cabo, o tratando temas concretos sobre clientes, mientras a su vez he podido observar su forma de organizarse e interactuar con otros profesionales, que han sido un ejemplo muy positivo de cómo trabajar de forma profesional.

Para este trabajo de Prácticum, no nos han sido facilitados documentación o libros sobre las teorías o marcos de aplicación, por lo que de forma individual hemos realizado una investigación teórica que complementará los conocimientos adquiridos a lo largo de los estudios sobre la ideología y forma de trabajo por parte de un psicólogo desde este enfoque. Los documentos revisados los señalamos en la bibliografía que se ve adjunta al final del texto, y en el Anexo podemos encontrar algún ejemplo de documentos que hemos podido observar y valorar junto al psicólogo.

No queremos aquí volver a analizar cómo ya hemos hecho en el punto que se refiere a la teoría del enfoque cognitivo-conductual, sino enmarcar nuestra tarea y relacionarla con esta perspectiva, por lo que a continuación lo hacemos ver describiendo las actividades que hemos llevado a cabo; debemos tener claro que este profesional no realiza terapia con los clientes con discapacidad, por lo que nuestro enfoque aquí no será similar al realizado en con respecto al SAF, dónde describíamos estrategias y técnicas terapéuticas, sino que el trabajo en este área y desde esta perspectiva va dirigido a modificar conductas concretas o a paliar problemas puntuales, además de otras actividades descritas más arriba:

1ª Actividad del Servicio de Atención Psicológica del Centro:

“Caso I”, observamos cómo se realiza un informe sobre la conducta disruptiva de un cliente, ofrecemos nuestra opinión. En él se marcan las pautas de actuación para los trabajadores. Tras observar esta elaboración se nos pide colaborar en la creación un guión de sesión de role playing para los trabajadores sobre el tema anterior. Lo discutimos con el psicólogo, lo mejoramos y retocamos. Observamos la creación de un dossier informativo para trabajadores sobre en lo que consistirá la sesión de role playing. Acudimos a la sesión de role playing.

Con respecto a esta actividad, hemos podido observar y comprender cómo se elabora un informe de este tipo para trabajadores de atención directa, por lo tanto hemos comprendido los datos que debemos incluir en éste, cómo deben ser expuestos y descritos, así como que información debe ser incluida para la atención directa y cuál no debe incluirse. Hemos podido aprender a realizar un documento de registro de crisis, los datos que es interesante recopilar de los trabajadores en este aspecto para poder evaluar al cliente, así como qué tono debemos utilizar y cómo se expone la información a los trabajadores. Nuestra aportación en este aspecto ha ido dirigida a lo que la sesión de role playing se trataba.

Relacionando estas tareas con la teoría tratada, podemos decir que la intervención sobre este problema, las crisis del cliente (autolesiones o lesiones a otros, gritos, etc.), son estudiados desde la conducta y su disfuncionalidad, así como su intervención se basa en la modificación de aspectos conductuales del cliente, a través de la acción y prescripción de conductas a realizar por parte de los trabajadores de atención directa.

Por lo tanto, simplemente la comprensión de este problema concreto ante el que los trabajadores deben intervenir, creemos que es entendido por el psicólogo como una acción inadecuada que surge debido a su discapacidad y enfermedad mental, y que debe ser atajada a su vez desde la intervención conductual en el cliente. Así se comprende el problema, que si queremos realizar una comparación con respecto a cómo entendería este hecho la perspectiva familiar sistémica, no se centraría en la conducta puntual, sino que estudiaría la influencia en el cliente y de éste en el sistema, del entorno próximo que rodea al cliente, y su posible influencia en el desencadenamiento de este tipo de crisis. Son perspectivas muy distintas de entender un mismo problema palpable. De todos modos, comprendemos la funcionalidad de este tipo de protocolos de actuación, ya que se deben dar las herramientas necesarias a los trabajadores para que no duden y sepan cómo afrontar situaciones complejas, sin sentirse inseguros a la hora de abordar situaciones que pueden ser afrontadas de distintos modos dependiendo de la forma de trabajar de cada cuidador. Por ello también la idea y base de creación de este tipo de protocolos. De todas formas, tras la creación de este protocolo, no se va más allá en la “investigación” de posibles causas de dichas conductas o modificaciones en el sistema social del cliente para que estas desaparezcan o se reduzcan, seguramente y también en parte por falta de recursos. Esto opinamos es fruto de la tendencia teórica que dirige su trabajo, por la que se cree que la actuación implantada en dicho protocolo ayudará o no (eso se evaluará con el tiempo) a modificar y mejorar las crisis (atenuarlas, erradicarlas, por ejemplo), debido al aprendizaje que realizará el cliente en base a esa forma de intervención. Es interesante poder observar en qué medida cambian las intervenciones de los psicólogos dependiendo de la formación que hayan obtenido.

Aquí habrá que añadir, que aunque ejemplificamos esta tarea con este caso concreto denominado “Caso I”, hemos tratado otros dos casos de protocolos y fichas de registro de crisis para otros dos clientes del centro que así lo requerían (Caso II y III), pero las conclusiones obtenidas tras este trabajo se traducen en las ya expuestas, por tratarse de actividades que siguen la misma línea descrita.

2ª Actividad del Servicio de Atención Psicológica del Centro:

“Caso IV”: *revisamos* y debemos completar un informe psicológico sobre un cliente que también acude al centro diurno y reside en la residencia. El psicólogo nos da como tarea que reflexionemos sobre posibles mejoras en la calidad de vida del cliente. Además se nos han asignado tareas concretas como la creación individual por nuestra parte con la posterior revisión del psicólogo de otros tres informes psicológicos de clientes del Centro (Caso V, VI, y VII).

Lo que hemos podido observar en relación a esta tarea con la teoría estudiada, es cómo el psicólogo da menor o mayor importancia a la redacción de ciertas partes del informe en consonancia con su enfoque. Por ejemplo, y en el caso de este profesional, verbaliza cómo en nuestro trabajo debemos centrarnos y profundizar especialmente en el punto que se refiere al área socio-afectiva y conductual.

Hemos aprendido en este punto a redactar informes psicológicos, comprendiendo cómo constan de unas determinadas informaciones que pueden estructurarse de distinta forma dependiendo de cada profesional y de cada cliente, o el lugar dónde nos encontremos trabajando, por lo que se dará más importancia a unas informaciones sobre otras.

En nuestro caso, los puntos desarrollados en los informes psicológicos han sido los siguientes:

1. **Datos identificación**
2. **Datos familiares**
3. **Diagnóstico-medicación**
4. **Actividades de la vida diaria**
 - a) **Alimentación**
 - b) **Higiene personal**
 - c) **Vestirse-desvestirse**
 - d) **Área motora**
 - e) **Sueño-vigilia**
5. **Área socio-afectiva y conductual**
6. **Área cognitiva**
7. **Apoyos en el área sanitaria**
8. **Apoyo área conductual**

Durante la elaboración de estos informes hemos sido conscientes de cómo debíamos elaborarlos en base a la tendencia teórica del profesional al que iba dirigido. Hemos respetado su enfoque teórico, siguiendo los ejemplos marcados por él al haber visualizado otros informes ya redactados, y dando importancia en nuestra redacción a los puntos marcados por el psicólogo. Esta tarea nos ha proporcionado una herramienta de trabajo básica y elemental como futuros psicólogos, cómo es la elaboración de informes psicológicos.

3ª Actividad del Servicio de Atención Psicológica del Centro:

Informe y valoración del “Caso VIII”; datos sobre un cliente ocupacional que además acude al centro residencial. Comentamos el caso concreto, *revisamos* y observamos la actualización de su informe psicológico, y pensamos en distintas soluciones y mejoras del modo de vida del cliente. Pautamos una reunión con el cliente y su referente en el centro ocupacional diurno, en dónde se valora la posibilidad de que este cliente cambie de rutina, acudiendo a los talleres de empleo en vez de los talleres de centro de día, en la que realizan tareas de ocio y tiempo libre.

Este caso, en el que al tratarse de un cliente ocupacional, es decir, un cliente con un grado de discapacidad moderada, aunque exista una enfermedad mental asociada, se ha acomodado a una situación poco fructífera para él, que es el dedicar su tiempo únicamente al ocio y no tener responsabilidades que podrían suponerle beneficios personales, cómo acudir a un taller de empleo. Este sujeto muestra reticencias a cambiar de rutina, aun sabiendo los profesionales que no se encuentra en un lugar de actividad adecuado en relación a su nivel cognitivo, por lo que se pide al psicólogo que intervenga.

Hemos tomado parte de forma participativa en la planificación de cambio de este cliente, sin dar grandes resultados hasta ahora, ya que probablemente se trate de un proceso lento, que requiere tiempo para que se den los cambios adecuados.

De nuevo, como perspectiva de intervención el psicólogo ha optado por un enfoque cognitivo-conductual, por el que a través de la implantación de nuevas tareas para el cliente, que debe desarrollar como pasos previos a insertarse en el taller de empleo, se influye en su conducta, y a través de esta se pretende lograr un cambio en el cliente.

4ª Actividad del Servicio de Atención Psicológica del Centro:

Acudimos a una sesión denominada “Autogestores”, taller dirigido a personas discapacitadas ocupacionales, de la que participa el psicólogo y en el que se tratan temas diversos de relevancia social para estas personas. La participación en esta actividad ha sido de tipo más informal que las comentadas anteriormente, y nos ha permitido una participación como observadora interesante por lo siguiente: creemos importante como función del psicólogo el mantener un contacto directo con el entorno y los clientes que en algún momento puede atender, así como con otros profesionales como en este caso la coordinadora del centro ocupacional de empleo. Por ello nos ha parecido interesante observar cómo el psicólogo mantiene lazos relacionales con los clientes ocupacionales, observando la situación de cada uno de ellos. Aunque el psicólogo enmarque su teoría desde un marco cognitivo-conductual, debe mantener contacto con el contexto dónde se producen las interacciones de los clientes, para poder comprender de forma global cómo influyen las distintas partes del sistema en los clientes.

Por ejemplo, si se pide una intervención sobre un cliente concreto como en el caso anterior en el que se pedía un cambio de rutina en la vida de una de las personas con discapacidad, el profesional debe conocer cómo funciona el entorno donde este interactúa para poder enmarcar adecuadamente su intervención en dicho contexto. Además, crear vínculos y lazos sociales facilita su trabajo, al necesitar de cierta confianza entre el psicólogo y la persona que atiende, para que se pueda desarrollar un vínculo que favorezca el proceso de intervención psicológica.

Hemos realizado y observado además otro tipo de actividades, como la creación de protocolos, en el que el trabajo se coordinaba con otros profesionales del centro (enfermera, coordinadoras, etc.), el acudir a citas psiquiátricas con los clientes y familiares, etc. En todas ellas, el trabajo entre el psicólogo y otros profesionales debe estar debidamente coordinado, lo que hemos apuntado como tarea específica en la que debemos trabajar, así como en el modo de comunicación formal que utiliza el psicólogo en su trato con el resto de personal. De todos modos, estas son tareas que aunque nos sirvan para evolucionar y mejorar en nuestro aprendizaje, no tienen tanta relación con lo que aquí nos interesa, que es relacionar el trabajo práctico con la teoría en la que hemos profundizado.

OBSERVACIONES SOBRE EL ROL DE PSICÓLOGO/A

Nuestras impresiones sobre el rol de psicóloga y sobre nuestro quehacer en las tareas que se desempeñan como tal, es que debemos mejorar en muchos aspectos. Uno de los primeros y que creemos muy importantes para realizar profesionalmente esta labor es el mejorar nuestras **herramientas comunicativas**, y acostumbrarnos a utilizar un lenguaje apropiado en relación a la figura que desempeñamos. Con esto no queremos decir que no utilicemos vocabulario adecuado ni mucho menos, sino que debemos acostumbrarnos a no utilizar en exceso vocabulario coloquial, dependiendo de las situaciones a las que nos enfrentemos. Debemos adaptar nuestra comunicación con el otro ajustándonos a la otra persona, a la situación, etc.

Por ejemplo, no utilizaremos el mismo vocabulario y forma de expresarnos durante un diálogo con un cliente de forma relajada en nuestro despacho, simplemente por el hecho de hablar, o para mantener una conversación informal y que el cliente se desahogue, en comparación a por ejemplo cuando acudamos a una reunión formal con una coordinadora de centro o un curso para formar a trabajadores sobre un tema. Es decir, debemos aprender a comunicarnos en términos correctos con el lenguaje del psicólogo y los términos que desde este puesto se utilizan para explicar la realidad de los hechos, así como capacitarnos para desenvolvemos relajadamente y con un lenguaje correcto en una reunión de equipo. Este creo que es mi punto débil como futura profesional, quizás por la falta de experiencia y por la inseguridad de no conocer lo que hacemos. Por lo tanto punto "a" a mejorar: herramientas comunicativas y vocabulario como profesional de psicología. Para ello tenemos muy buen ejemplo en nuestros tutores, y esta experiencia nos aportará conocimientos de este tipo.

Otro de los puntos que debemos trabajar es la capacidad de **escucha**: no en términos de escuchar a otro simplemente por el hecho de escuchar, sino de dominar la experiencia de entender el mensaje que existe transversalmente a lo que el otro nos comunica. Esto lo podríamos ejemplificar con por ejemplo cuándo una familia acude al centro para realizar una demanda; puede que dicha familia, crea que su problema es X y así lo especifique, pero nosotros, como profesionales debemos de ver más allá, y entender que ante la demanda, puede existir una demanda enmascarada. Este ejercicio creo que es algo que se consigue con la experiencia, con el sentido común y el ir más allá de nuestras reflexiones iniciales, con una profundización más extensa de nuestros pensamientos, planteando distintas hipótesis y comprobando su veracidad.

Un punto importante y para el que creo estamos preparados, parte por la formación que hemos recibido a lo largo de la carrera, es el **tema organizativo**. Debemos saber ser ordenados en nuestro trabajo y organizados. Durante una jornada de trabajo pueden surgir múltiples incidencias que nos llegan cómo una demanda, dónde pueden estar varias personas implicadas. Además de esto, tenemos que sacar trabajo adelante, cómo es el elaborar informes, escribir proyectos, etc., y esto se sumaría las visitas que hacemos a diario, las citas, reuniones, etc. Si todo este trabajo lo queremos desarrollar adecuadamente, debemos organizar nuestro tiempo y priorizar en nuestras acciones. Es un tema que creo tengo dominado más que otros por la experiencia universitaria así como laboral, pero que nunca está de más trabajar, de forma que si se da el caso de que comencemos nuestra carrera cómo psicólogos, lo hagamos satisfactoriamente.

Estos tres puntos importantes son a los que damos prioridad, y que creemos indispensables para poder realizar nuestra labor, pero a ello sumamos tareas que debemos dominar y para las que debemos seguir formándonos: por ejemplo, obtener una bibliografía adecuada para poder realizar nuestra tarea, como el DSM V, el manual de diagnóstico, o libros dónde podamos encontrar tests de evaluación, etc. Estas son herramientas que necesitamos en nuestro trabajo, o por lo menos en el puesto de Practicum, y que en un futuro utilizaremos en el día a día. Además, considero muy importante el formarnos específicamente en el área en el que trabajamos. Si por ejemplo nos dedicamos a la atención a familias, será necesaria una formación especializada en este tema, o una investigación personal profunda sobre esto. Debemos saber de lo que hablamos, y mantener una formación continua.

Hemos hablado de los puntos que debemos mejorar y sobre lo que nos debemos formar. Ahora hablaremos brevemente de lo que consideramos son nuestros puntos fuertes para poder desempeñar este rol de psicóloga. Algo que estimo importante es nuestra capacidad de adaptabilidad a las distintas situaciones y personas, así como la capacidad de almacenamiento de información.

Somos muy observadores, y nos fijamos en los detalles que creemos importantes para poder aprender sobre el rol. Además, la capacidad de trabajo y de estudio a la que nos hemos acostumbrado en la universidad y en nuestro empleo, nos dan la experiencia de tener voluntad para formarnos, indagar e investigar en lo pertinente. La curiosidad del principiante también hace que trabajemos bajo ciertos ideales que quizás con el tiempo y los años de trabajo vayan desapareciendo, que es la creencia de que a través de nuestra profesión mejoramos la calidad de vida de la persona. Esta moral y este compromiso en esta área como es el ámbito de la discapacidad, hace que nuestro trabajo sea adquirido con entusiasmo y una energía que creo que es importante para aprender más y mejor.

De todos modos, y a pesar de esta última lectura de nuestra figura como futuros psicólogos, somos conscientes del camino que queda por recorrer para alcanzar la experiencia y poder atender a un cliente con la profesionalidad y el quehacer que merece. Debemos crecer constantemente, lo que se consigue con la práctica, el error y aprendizaje, y siempre debemos de intentar observar los problemas que atendemos desde nuestros conocimientos académicos e indagar en el tema ante la duda, sin olvidarnos de las opiniones de las personas que nos acompañan en nuestro trabajo, o que realizan la demanda.

CONSECUENCIAS DE NUESTRA INTERVENCIÓN - COLABORACIÓN

Creemos que hemos podido aportar lo siguiente:

Durante nuestra intervención en Practicum, creemos que por nuestra experiencia como trabajadoras de atención directa en el Centro, hemos podido aportar información para poder comprender el contexto y las acciones de los clientes en él. Nuestra experiencia personal con respecto a clientes de familiares que acuden al SAF o con respecto los cuales han surgido problemas que abordar actuando en relación a ellos el psicólogo del centro, son datos que han sido importantes a la hora de tomar decisiones reales sobre casos concretos.

Creemos que es muy importante, que aunque los psicólogos mayormente hagan un trabajo de despacho, el que estos interactúen en la realidad en la que viven los clientes, ya que esto les ayudará a comprender el porqué de muchos problemas que surgen. Por ese lado por lo tanto hemos podido dar nuestro punto de vista desde la experiencia de la atención directa.

Además hemos podido aportar datos reales para la creación de informes y protocolos. También hemos ayudado al profesional dedicado a la atención psicológica del centro a reunirse con trabajadores del centro para recabar información sobre hechos concretos para poder elaborar los protocolos o informes. Por esa parte hemos tratado de ser lo más objetivos posibles, obteniendo la información que así requería el psicólogo.

Otro de los aspectos que creo ha podido ser beneficioso durante las prácticas, ha podido ser el actual estudio paralelo a nuestra intervención en casos concretos. El estar estudiando mientras trabajamos en el Practicum, a pesar de constituir un gran esfuerzo, es una ventaja a su vez, ya que estamos acostumbrados de alguna manera a consultar bibliografía novedosa, actualizada, y tenemos datos actuales sobre las tendencias o formas de enfocar la intervención en casos. Esta actualización teórica, el estar en constantes debates y aprendizajes en la carrera, hace que abordemos el trabajo desde un punto de vista crítico y digamos coloquialmente hablando con energía, que creemos ha hecho reflexionar a los profesionales en sus decisiones, y refrescar de alguna forma su trabajo de su día a día.

Además hemos intentado recabar información que pudiera ser interesante para la creación de cursos en el SAF. Con respecto a las reuniones mantenidas junto al psicólogo con respecto al personal de atención directa, hemos intentado recomendar o aconsejar la línea con la que debíamos tratar los distintos temas abordados, haciendo visible la tendencia negativa existente desde la atención directa a las figuras de este tipo (psicólogos y técnicos), ya que puede existir una tendencia negativa a creer que en la atención directa entendemos mejor que nadie a los clientes, ya que pasamos la mayor parte del tiempo con ellos, no cómo se observa en el caso de psicólogos, logopedas, etc., que pueden intervenir sobre clientes con los que no han tenido un contacto cercano. Por ello hemos aconsejado cómo dirigirnos hacia temas concretos de forma que se anule dicha percepción errónea, y se tome de forma positiva por parte de personal el recibir consejo sobre conductas en el trabajo por parte del especialista.

Nuestra intervención en casos concretos como en la creación de un cambio de rutina con respecto al cliente que hemos denominado como “Caso VIII”, ha influido de forma directa sobre el cliente. Así hemos podido tener en cuenta cómo influyen nuestras decisiones sobre la vida real de las personas sobre las que intervenimos, y aunque nuestra intención en este proceso haya sido positiva, los resultados no fueron los mismos. Básicamente, realizamos un plan de trabajo con el cliente, que pretendía ser previo a su inserción en los talleres de empleo. No se dieron resultados, ya que el cliente no participó ni colaboró en el plan de trabajo marcado para él, por lo que se estimó como prueba de que quizás el cliente no estuviera preparado para pasar a formar parte del taller de empleo. Este hecho real y concreto pudo influir de algún modo sobre la decisión sobre el futuro del cliente. Este es un claro ejemplo de cómo influyen nuestras acciones, y cómo a veces no de la forma deseada.

Por lo tanto como observamos, las aportaciones, meras conversaciones, opiniones, información compartida, actuaciones concretas, etc., pueden influir en las actuaciones que se llevan a cabo con las familias o clientes del centro. Por ello es preciso entender la importancia de nuestra profesionalidad y conocimientos (formación continua + experiencia), a la hora de trabajar con personas.

Nuestras decisiones influyen en la vida de las personas con las que tratamos, por lo que debemos de realizar nuestro trabajo lo más concienzudamente posible, dando la misma importancia a todos los casos que abordamos y reflexionando muy bien sobre los pasos que vamos a dar en nuestra intervención. Debemos ser conscientes de que si creemos no ser competentes ante un caso, hay que delegar o compartir nuestras dudas antes de intervenir y perjudicar a la persona que precisa ayuda. Es importante que estemos seguros de nuestras acciones como profesionales, ya que los problemas de muchas personas y las dudas de muchos profesionales se ponen en nuestras manos. Es una responsabilidad que hay que afrontar desde el conocimiento y la experiencia.

DIFICULTADES PARA REALIZAR LAS INTERVENCIONES Y FORMAS DE RESOLVERLAS

DIFICULTADES	¿Cómo se han resuelto o se pueden resolver?
<p>Debido a la confidencialidad mantenida por nuestros tutores, nos hemos visto en muchas ocasiones limitadas en nuestra colaboración, sin querer interferir o preguntar más allá de los límites de la información que nos querían dar. En muchas ocasiones este hecho nos ha creado una sensación de inseguridad, ya que en un primer momento esa confidencialidad era tomada como falta de confianza hacia nosotros, aunque más tarde comprendimos que el código deontológico y la moral bajo la que trabajan los profesionales son bases importantes del trabajo del rol de psicólogo que hace que solo puedas dar cierta información a otras personas.</p>	<p>Realizando preguntas estratégicas a los profesionales de modo que nos informaran de lo que nos interesa como aprendizaje de Prácticum: cómo realizan su trabajo y se enfrentan a los problemas. Esta información sí la hemos podido obtener a partir de nuestras observaciones y de datos que hemos obtenido, de forma que se entendiera que no nos interesaban los datos confidenciales sino el abordaje de las intervenciones.</p> <p>Centrarnos en nuestras prácticas en otras funciones que desempeña el psicólogo, en las que esta confidencialidad no está tan presente como en terapia o en la resolución de problemas familiares concretos: reuniones, protocolos, informes, visitas domiciliarias, etc.</p>
<p>El entorno extremadamente cambiante en el que trabaja, con relación a los clientes que atiende. Este es un hecho que digamos en parte dificulta las intervenciones con ellos, ya que nunca sabes, a pesar de conocer al sujeto, cómo puede reaccionar ante determinados cambios.</p>	<p>Como herramienta para hacer frente a este aspecto, ser muy flexibles en nuestro trabajo y aplicar técnicas siempre esperando que en cualquier momento estas no sean adecuadas y debamos de nuevo adaptarnos a la nueva situación. No podemos realizar terapia con personas con discapacidad, por lo que debemos ser creativos y buscar formas nuevas de intervenir con estas personas. Podemos utilizar siempre técnicas basadas en nuestro enfoque teórico de trabajo, pero adaptándolas al terreno de la discapacidad.</p>
<p>La difícil coordinación entre profesionales así como el poner en común información importante para poder trabajar con el cliente con discapacidad. Pondremos un ejemplo para explicitar este problema: por ejemplo, existe en muchas ocasiones diferencias de opinión en cómo abordar un caso de alteraciones de conducta, ya que puede que se trabaje de distinta forma en distintos servicios del Centro (Residencia, Centro de día...).</p>	<p>Utilizar herramientas comunicativas adecuadas, que creen un clima adecuado para tratar, e intercambiar opiniones intentando llegar a un consenso. Debemos saber tratar al personal, saber dirigir una reunión y siempre contar con que no en todo momento el grupo va a estar de acuerdo a la hora de tomar una decisión con respecto a un cliente, y en muchas ocasiones al rol de psicólogo se le adjudica la tarea de tomar la decisión final, ya que se cree que su criterio es más profesional, por decirlo de algún modo.</p>

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO

Creemos que los siguientes aspectos ayudan a que el trabajo en equipo de un valor añadido al trabajo de forma individual. Esto se ha observado que es algo imprescindible para que el trabajo en este tipo de Centros sea posible:

- Los profesionales comparten la responsabilidad, por lo que puede ayudar a que se trabaje con menos tensión. El psicólogo puede delegar tareas que no crean que sea competencia suya, por lo que aliviará de algún modo el grado de trabajo acumulado.
- El trabajo en equipo es gratificante, ya que se marcan unos objetivos comunes, y cuando se alcanzan, el profesional obtiene la recompensa personal y satisfacción de que su trabajo ha sido positivo, y ha sido capaz de coordinarse con otras personas de forma adecuada. Por lo tanto se experimenta la sensación de un trabajo bien hecho.
- Creemos que aumenta la calidad del trabajo. El trabajo en equipo ofrece los conocimientos de todos los profesionales especialistas en su área, por lo que se perfila un trabajo abordado desde las distintas disciplinas, por lo que se convierte en un trabajo de mayor calidad.
- Se fortalece el espíritu colectivo y el compromiso con la asociación y sus clientes. El trabajo en equipo puede hacer que nos sintamos parte del todo que comprende la asociación para la que trabajamos. Existe una filosofía común de trabajo, una meta por la que trabajar, que al ser compartida, puede crear un sentimiento de pertenencia y de participación en un proyecto que nos aporta crecimiento personal y profesional.
- Existe un mayor conocimiento e información, ya que distintos profesionales con distintas especialidades comparten su punto de vista y trabajo. Ampliamos nuestros conocimientos y observamos las opiniones desde los distintos puntos de vista que se abordan desde cada disciplina. Esto nos ayuda a crecer en lo que respecta a conocimientos como profesionales.
- Surgen nuevas formas de abordar un problema ya que entre todos se aportan distintos puntos de vista. El debate que se puede crear desde un equipo puede enriquecer las soluciones que se toman, ya que crean nuevos horizontes y perspectivas de trabajo.
- Se comprenden mejor las decisiones, ya que es un equipo y todos sus participantes los que han ha tomado una decisión. Ya que la responsabilidad y la decisión es compartida, el sentimiento en caso de fracaso es también compartido y por lo tanto mejor aceptado. En el caso de un resultado positivo, el reconocimiento también será compartido.
- Produce resultados de mayor calidad, ya que se aportan soluciones desde un equipo multidisciplinar. Como hemos dicho, el enfoque desde diferentes disciplinas tendrá como objeto una mayor calidad en el trabajo y en las decisiones que se tomen.

- Hay un involucramiento de todos en el proceso de solución de un problema. El equipo forma parte en la solución de un problema, por lo que el trabajo será más óptimo al contar con un seguimiento por parte de diferentes personas. La información, observación de un caso es atendida por un grupo, por lo que tenemos menos oportunidades de pasar por alto aspectos importantes.
- Aumenta o posibilita el entendimiento de las perspectivas de los otros. Crea mayor apertura a las opiniones de otros, y fomenta un sentimiento de comprensión y respeto hacia los compañeros de trabajo y sus opiniones.
- Aumenta la posibilidad y da pie a mostrar las fortalezas individuales de cada profesional. Cuando se trabaja en equipo, se da pie a que podamos observar el buen trabajo que cada uno realiza en el equipo. Esto es importante para crear un positivo autoconcepto sobre nuestra labor y rol en el grupo.
- Provee un sentido de seguridad, de no estar solo ante un problema, importante a la hora de asumir responsabilidades.
- Desarrolla relaciones interpersonales. Tenemos la posibilidad de crear lazos con otros profesionales y así formar parte de un grupo sintiéndonos cómodos en nuestro trabajo.
- El hecho de sentirse miembro de un equipo hace que los miembros aumenten su motivación hacia el trabajo.

Estos puntos son ejemplos de lo que hemos podido observar en relación al trabajo en equipo que hemos vivido durante el Practicum. Aunque a veces el trabajo en equipo también comporte dificultades, debemos recordar estos aspectos positivos que harán de nuestro quehacer diario algo más positivo y enriquecedor.

5. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

El trabajo del Psicólogo en esta área como vemos es complejo, y se deben aplicar todas las herramientas necesarias para poder ser un miembro competente en un equipo multidisciplinar. Nuestro trabajo en el Servicio de Atención a Familias, nos ha enseñado las dificultades que entrañan establecer una relación entre profesional y cliente satisfactoria, ya que estas personas llegan con una historia familiar en todos los casos dura, que en la mayoría de los casos hemos observado que no se ha sabido llevar de forma sana, lo que provoca en la edad adulta de los cuidadores serios problemas que influyen en su bienestar personal. Por ejemplo, como hemos dicho, son familias, que teniendo una persona con discapacidad a su cargo, sufren en primer lugar si son padres, el duelo de afrontar que tienen y van a tener una persona a su cargo en muchos casos para toda la vida. Afrontar este hecho y ver que van a existir serias diferencias en el crecimiento del niño con discapacidad, hacen que pasen por una etapa de difícil afrontación. Cuando el niño crece, si la madre no tiene herramientas por las que conocer o comprender la discapacidad de su hijo, pueden existir tendencias a la sobreprotección, o la falta de límites en la educación de estos niños. Esto en el caso de que hablemos de padres; también existen otros roles familiares, como los hermanos, que tienen que asumir el convivir y crecer con una persona con discapacidad, y generalmente, cuando son adultos y los padres mayores, el asumir el rol de cuidador. Esto limita la libertad individual de los hermanos, y añade a su vida responsabilidades que deben asumir con positividad. Además, tenemos que tener en cuenta que muchos de los individuos con discapacidad pueden también padecer una enfermedad psiquiátrica. Esto añade dificultades a la hora de cuidar a una persona con discapacidad. Si además a esto sumamos el que la persona que actúa de cuidadora puede tener su propia familia, pareja, hijos, etc., y que estos deben también asumir el cambio en el ciclo familiar, vemos un marco complejo en el que el terapeuta familiar, debe tratar de estabilizar una serie de sentimientos vinculados a hechos complejos y reales que influyen en todo el sistema familiar. Por ello la creación de los talleres de los que hemos participado, relacionados con temas como la “autodeterminación” o el “vínculo familiar”. Estos talleres, pretenden que las personas cuidadoras, puedan tener herramientas para hacer frente a su realidad, aprender formas de afrontar sus problemas. Además esto les ayuda a sentirse parte de un grupo que sufre lo mismo que ellos, y de esta forma no sentirse tan solos y abandonados en su camino personal. En los talleres se han aprendido temas concretos, pero lo más importante es que cómo se aprenden y se observan los unos a los otros. A través de sus historias se entienden, se comprenden y pueden ver más allá de su individualidad; pueden además aprender diferentes formas de solucionar problemas, observando como dan solución los otros. Es un proceso muy interesante en el que los sentimientos se sienten a flor de piel, una vía de desahogo. Además, estos talleres también se han utilizado como una forma de conocerse, terapeuta y clientes, como una forma de acercamiento a los diferentes miembros de la familia. Digamos que sirve también como excusa para crear un vínculo con las familias.

El taller de autodeterminación, ha tratado un tema muy importante de mencionar; una forma de entender cómo se deben marcar límites y educar a personas con discapacidad dependiendo de sus capacidades y potencial, para no crear personas tan dependientes y trabadas en su libertad personal. Este es un tema muy discutido hoy en día en el campo de la discapacidad, y a partir del cual se suelen programar las formas de actuación de los trabajadores en centros de discapacitados.

Se busca fomentar la individualidad de la persona, y el que sea lo más independiente posible; de esta forma se favorece un mayor bienestar familiar.

Las sesiones que lleva a cabo la terapeuta familiar, vemos cómo parece ser muy positivas para algunos miembros de las familias. No hemos acudido a ninguna terapia directamente, por respetar la intimidad de los clientes, pero hemos discutido con la psicóloga casos complejos, como el de una familia en la que el miembro con discapacidad vive en el servicio residencial, y la madre perdió hace dos años la tutela. Hoy en día la madre luchaba contra las autoridades y mantenía la estabilidad para recuperar la tutela de su hijo. En este caso concreto, hablamos con la psicóloga sobre las herramientas a utilizar con la madre, por su rechazo a todo tipo de profesionales que ella sentía como una intromisión a su vida e intimidad. Comprendimos aquí la dificultad de tratar a veces con personas que han pasado un proceso duro, dónde han perdido la confianza en el otro que le atiende en contextos de despacho o Centros como en el que nos encontrábamos de prácticas. Aquí comprendimos lo importante de utilizar una intervención sincera, empática y sin rodeos, manteniendo siempre el respeto por el otro, y no mostrando dudas ante lo que nos narra.

En el Servicio de Atención Psicológica del Centro, el trabajo ha sido digamos más de despacho, dónde el psicólogo nos ha enseñado cómo redactar informes de distinto tipo, protocolos de actuación, etc. Vemos como este trabajo, es más fundamentado en una teoría y no tan práctico de alguna manera como el del SAF. Hemos comprendido, cómo se debe ser totalmente objetivo en las conclusiones que sacamos para realizar todo tipo de informes y registros, y cómo se debe contar con todo el personal del centro para conseguir el máximo de detalles e información que luego añadiremos a dichos informes. Vemos como es un trabajo para el que se necesita tiempo, y se convierte en un trabajo complejo por el hecho de que en algunos casos, cuando preguntamos sobre clientes al personal, ya sea de atención directa o no, para completar y realizar los informes y protocolos, sobre aspectos concretos de los clientes con discapacidad nos dan sobre un mismo punto descripciones distintas dependiendo del punto de vista de la persona a la que entrevistamos. Esto hace difícil el objetivar la información que recibimos, y la forma de hacerlo es la observación directa por nuestra parte, para entender lo real de los datos obtenidos. Existe la tendencia de sesgar la información que vivimos, que observamos, precedida de ideas personales, e influida por nuestros sentimientos y experiencias. Es aquí donde se hace visible el trabajo del psicólogo que debe terminar con dicho sesgo, y conseguir la información más objetiva posible para crear los documentos oficiales que describen y valoran al cliente del Centro. Por lo tanto es un trabajo cuidadoso, que hemos observado realizar al psicólogo, nuestro tutor, y que debemos con la experiencia saber realizar lo mejor posible, ya que es decisivo a la hora de redactar datos sobre estos clientes.

También hemos comprendido, cómo el ámbito de la discapacidad hace de nuestro trabajo algo un tanto más creativo quizás con respecto a la atención psicológica en otros contextos. Ya que tratamos con personas que debido a su discapacidad pueden ser un tanto cambiantes, con patrones conductuales complejos, etc., debemos ser creativos a la hora de encontrar soluciones a los problemas que se nos presentan. Por ejemplo, en un caso en el que intervenimos de forma directa con un cliente, que se buscaba que acudiera a un taller de empleo, debido a su alto nivel cognitivo, pero este, creemos que por su posición acomodada no quería, pensaba que esto no sería beneficioso para él, rechazaba nuestra propuesta, buscamos formas alternativas de integrarlo paso a paso.

Esto en un principio no funcionó, ya que no mostraba constancia en su quehacer de las actividades (responsabilidades) añadidas que le encomendamos. Digamos que nuestra intervención no funcionó en dicho momento, y además nos llevó a plantearnos porqué, debido a que nosotros creíamos que debía insertarse en un taller de empleo, debía hacerlo, si éste verbalizaba que no quería.

Nos surgió la duda moral, de hasta qué punto debemos guiar o intervenir sobre la vida de estas personas, que aunque en muchos casos se den cuenta de todo lo que sucede a su alrededor, por su discapacidad no se le da la potestad total de elegir lo que quiere hacer con su vida. Pudimos ver, como nuestras decisiones y nuestras conversaciones con él influían totalmente sobre su persona, y esto nos hizo ser lo más cuidadosos posibles y sensibles hacia esta persona. Es importante, por lo tanto concluir lo creativo y cuidadoso que debe ser el psicólogo al trabajar con estas personas.

Atendiendo el taller de “Autogestores”, en los que clientes con discapacidad ligera se reunían para charlar y debatir sobre sus preocupaciones, nos sensibilizó ante la realidad que estas personas viven, y nos hizo ver que aunque estén limitados por la sociedad, tienen la misma perspectiva de vida que el resto de las personas sin discapacidad, como es vivir su vida plenamente. Aquí vimos como el papel de psicólogo era una herramienta que ayudaba a los clientes a afirmar su personalidad de alguna forma, sentirse seguros ante sus ideas y planes de vida. Al ver que la figura del psicólogo participaba, y en muchos casos aprobaba los debates planteados, ellos parecían sentirse seguros y cómodos, más persona. Fue una experiencia muy enriquecedora, dónde además existía la posibilidad de establecer vínculos más fuertes con los clientes, conociendo sus preocupaciones y formas de afrontar los problemas.

Este Practicum nos ha ayudado como hemos comentado en otras ocasiones a valorar nuestro futuro y ver si podríamos o contamos con las herramientas para formar parte de un equipo con estas condiciones y en este entorno. Hemos decidido en un futuro y en nuestras siguientes prácticas elegir otro ámbito de actuación para conocer más nuestros gustos y fortalezas. Debemos decir que nos hemos sentido más cómodos y con más posibilidades en el ámbito de Atención Psicológica del Centro, que en el SAF, ya que debido a nuestra forma de ser y a nuestros gustos, así como intereses, nos apasionaba más trabajar no sólo en el ámbito de la familia, sino con los clientes con discapacidad de forma directa. Esto puede deberse a nuestro sesgo como profesionales de atención directa, pero nos produce de alguna forma más curiosidad, más interés el trabajar en el día a día de las personas con discapacidad. El trabajo con la familia, desvinculado de los clientes, ya que únicamente trabajas con los familiares, hacen perder la parte que nos gusta de este tipo de Centros, que es estar en contacto con las personas con discapacidad y sus problemáticas. Por lo tanto basamos esta conclusión en un aspecto vocacional, más que práctico. De todos modos y como ya hemos comentado, en ambos campos hemos visto como nos faltan herramientas importantes que debemos ir aprendiendo con el tiempo, y sobre las que debemos poner empeño: de comunicación, de tema organizativo, de saber estar en ámbitos de reuniones de personal, etc. Debemos exigirnos como futuros profesionales el crecer y elegir el camino en el que veamos que podemos tener un mejor desempeño. También y para finalizar hemos comprendido como es tan importante el trabajo en equipo creado desde la confianza y el respeto hacia el resto de profesionales.

6. VALORACIÓN CRÍTICA

Esta primera experiencia de Prácticum la valoramos positivamente como un acercamiento sutil a las funciones del psicólogo en este tipo de centros que atienden a personas discapacitadas en diferentes contextos, ofreciendo distintas actividades. Pero debemos decir que nuestra experiencia nos deja un sabor agrisado basado en el querer haber hecho más, pero sentir cómo la confidencialidad a la que se debe remitir el psicólogo ha vetado esta parte de nuestro trabajo. En numerosas ocasiones, nos hemos sentido frustrados con respecto a querer saber más, pero no poder por lo que se refiere a este aspecto del código deontológico del psicólogo. Por ello valoramos esta actividad, para la que hemos dedicado gran esfuerzo como un acercamiento sutil, quizás por la irrefrenable actitud de cualquier principiante, que siempre quiere saber más de lo que ya sabe. De todos modos, nos hemos involucrado en el trabajo buscando las vías dónde hemos observado podíamos aportar algo, y hemos realizado una profundización en variados aspectos prácticos de lo que consiste el día a día de un psicólogo.

Hemos comprendido como nuestra visión de esta profesión quizás estaba un poco idealizada. Nos ha servido por ello para situarnos desde un punto realista en lo que consiste esta profesión, y a la vez para entender en mejor medida el camino y la forma de trabajar que queremos elegir en un futuro. Esta forma de trabajar para nosotros consistiría, en intentar mantener la vocación y dedicación en el trabajo, creyendo oportuno que cuando esta sensación, sentimiento o filosofía de trabajo se desvanece quizás debamos plantearnos un cambio en nuestro rumbo.

De nuestras actuaciones dependen muchas personas, por lo que debemos tratar de mantener siempre la profesionalidad independientemente de nuestro estado de humor o energía que tengamos durante el día a día. Observo este rol como uno que debería mantener en todo momento una compostura y energía positiva, de cara al público, ya que debemos pensar que somos un ejemplo, una figura importante en un equipo de trabajo. No nos debe además abandonar la modestia y el sentido común.

Como vemos, aparte de lo aprendido de forma funcional en el Prácticum, este trabajo nos ha servido para reflexionar y profundizar en lo que pretende representar nuestro futuro laboral. Esta experiencia también nos ha dotado de nuevas herramientas tan importantes para el desarrollo profesional. Tener una base sólida de conocimientos es la clave para un buen trabajo desde nuestro punto de vista, pero algo que hemos observado como más importante que esto es el saber exponer de forma discursiva, coloquial, de distintas formas según el contexto, nuestros conocimientos en relación a la psicología. También el asociar los conocimientos teóricos a la realidad práctica, es uno de los puntos más importantes que creemos nos permitirán trabajar.

De todos modos, sólo creemos que una amplia experiencia laboral como psicólogos hará que cada vez seamos más expertos en este tipo de asociaciones teóricas con aspectos prácticos. Por lo tanto nuestra valoración es positiva, habiendo utilizado ampliamente las herramientas alcanzadas a lo largo de nuestros estudios, y siendo realistas, observamos cómo nos queda un largo camino por recorrer, donde identificando específicamente los puntos débiles que podemos mostrar como profesionales, debemos mejorar.

7. ANEXOS

EJEMPLO “CASO I”:

Protocolo sobre la actuación a seguir por el personal de Adislan en relación al cliente residencial Carmelo L. S. (nombre ficticio) en situaciones de crisis.

- 1) Descripción de una crisis tipo en Carmelo.
- 2) Justificación de un protocolo de actuación en las situaciones de crisis de Carmelo.
- 3) Pautas conductuales a aplicar con Carmelo.
- 4) Registro de crisis.
- 5) ¿Cuándo se debe hacer uso de la medicación extra?
- 6) Registro de administración de medicación extra a Carmelo.
- 7) Seguimiento y entrada en vigor.

Anexo 1: Modelo de registro de crisis.

Anexo 2: Modelo de registro de administración de medicación extra.

1) Descripción de una crisis tipo en Carmelo.

El cliente presenta con alguna frecuencia episodios caracterizados por conductas disruptivas de cierta intensidad y persistencia, que a menudo tienen su causa/manifestación en querer miccionar (sin lograrlo, pese a intentarlo de forma reiterada y persistente en el tiempo), no poder escuchar música, no poder dormir. En otras ocasiones también se han apreciado conductas disruptivas de cierta intensidad asociadas a ansiedad, precisamente en momentos con cierta antelación al día en que Carmelo tiene programada una visita a su familia o bien alguna salida del centro especialmente significativa.

La conducta de Carmelo en estas situaciones suele ir acompañada de gritos continuados o insultos continuos a compañeros/trabajadores o amenazas verbales de agredir a un compañero/trabajador o a sí mismo o intentos de agredir a un compañero/trabajador o a sí mismo o agresiones a un compañero/trabajador o a sí mismo.

La duración de dichos episodios es variable, aunque habitualmente se desarrolla a lo largo de varias horas.

En el caso concreto de la crisis asociada a la persistencia de Carmelo en lograr la micción (tras reiterados intentos), según los informes médicos de los que tiene conocimiento Adislan, parece descartable que haya un problema fisiológico subyacente a la dificultad en la misma. Tampoco parece probable que una excesiva retención de orina en su vejiga urinaria justifique ese fuerte deseo de orinar, pues con escasa cantidad evacuada Carmelo ha logrado ya dar por conseguido su objetivo y el retorno a una situación de armonía preexistente al inicio de la crisis. Su frase “Ya estoy orinando” es muy ilustrativa de ello, pues no parece ser tan importante la finalización de la micción como el inicio de esta.

2) Justificación de un protocolo de actuación en las situaciones de crisis de Carmelo.

Debido a lo citado en el apdo. 1, por su psiquiatra de referencia se ha pautado una medicación extra para dichas situaciones, consistente en haloperidol y sinogan 100 mg., aunque bien entendido, y así se ha acordado por dicho facultativo con el psicólogo de Adislan, que sólo se aplicará la misma si pautas conductuales previas realizadas con el cliente por sus monitores/cuidadores no han sido exitosas para minimizar/anular dichas conductas disruptivas.

Todos hemos de ser conscientes de que si bien el recurso de incrementar la medicación es fácil, no menos cierto es que puede implicar, entre otras consecuencias, una cierta dependencia/tolerancia del cliente hacia la misma así como ciertos efectos secundarios no deseados. Dado que uno de los objetivos de Adislan hacia los clientes es incrementar su bienestar, su calidad de vida, no estaríamos cumpliendo el mismo si tras una crisis, acudiéramos como primer recurso al incremento de la medicación.

Debido a que las crisis que concurren en Carmelo pueden suceder en horarios diversos y por tanto ser diferentes los profesionales que deban atenderle, se hace preciso que todos los trabajadores de Adislan, ya pertenezcan al centro de día o al centro residencial, tengan una unidad de criterio a la hora de actuar, lo cual tendrá sin duda consecuencias positivas para todos:

-Para los profesionales, pues aprovecharemos pautas que se han demostrado exitosas al ser utilizadas por otros compañeros o bien evitaremos acudir a estrategias inadecuadas al haberse demostrado su clara ineficacia.

- Para el cliente. Hemos de ser conscientes de que la vida de los clientes residenciales está muy estructurada, algo por otra parte necesario al convivir en una comunidad, lo cual conlleva que hayan asumido unas rutinas y que cualquier cambio, por leve que este sea, suponga alteraciones conductuales. Carmelo no es ajeno a lo dicho, y muestra muchas rutinas en su quehacer cotidiano. Por ello, si ante episodios de crisis actuamos los profesionales de idéntica forma, ello coadyuvará a una mayor integración de dichas pautas en los “esquemas mentales” de Carmelo, favoreciendo previsiblemente también una mayor rapidez en la solución de la crisis y el restablecimiento de la situación previa.

En ese sentido, y en las intervenciones a realizar con Carmelo, el lugar (“locus”) de control (externo-interno, controlable-incontrolable) del que se parta, es importante clarificarlo. Así, el considerar que las conductas problema no tienen solución, porque dependen de características propias inmodificables (atribución interna-incontrolable) daría lugar a unas débiles expectativas de éxito en el cambio. Por el contrario, pensar que las conductas problema dependen de uno mismo, pero que pueden ser cambiadas (atribución interna-controlable) favorece la intervención hacia los cambios propuestos como objetivos.

Las conductas concretas que Carmelo presente en los momentos de crisis dependerán, entre otras variables, del tipo de crisis de la que se trate, de su estado anímico, de la hora en que suceda, en suma, de factores varios. A ello debe añadirse que dichas crisis pudieran experimentar cambios en el tiempo (bien porque sucedan por motivos distintos a los ahora conocidos o bien porque el repertorio de conductas de Carmelo se diversifique).

Es por ello, que las pautas recogidas en este informe no deben interpretarse como algo rígido y permanente o que necesariamente si se actúa como se cita en él, dichas crisis remitirán, pues en el delicado intento de acercarnos a describir y actuar en relación al ser humano, es indispensable tener en cuenta la complejidad y dinamismo que le caracterizan.

Pese a lo dicho, se confía en que sí servirán dichas pautas para tal fin, de ahí la justificación de este protocolo, pero no menos cierto es que **sin una adecuada interiorización y praxis correcta por los profesionales que las deban poner en práctica, este documento sólo sería un conjunto de páginas vacías, sin mucho sentido.** Por ello, se intentará convocar al personal que trabaje con Carmelo a unas sesiones de role playing al efecto de un mayor acercamiento a las mismas.

En todo caso, y al efecto de que los profesionales puedan consultar el presente protocolo cuando sea preciso, este se encontrará archivado en la carpeta de salud del cliente, y ello al margen de que se considere en su momento su difusión por otros medios (tablones, etc.)

3) Pautas conductuales a aplicar con Carmelo.

En general, en las crisis del cliente, sean relacionadas con la micción o no, Carmelo nos da muchas pistas, pues nos anuncia el **inicio** del conflicto así como el qué ha de suceder para llegar al **final**, siguiendo una trayectoria lineal, pero la paradoja es que no sabe cómo llegar adecuadamente a ese final, por lo que la tarea en ese intermedio recae en el binomio Carmelo-profesionales, pero partimos con una gran ventaja, pues conocemos sus debilidades, sus puntos frágiles, y estos recursos no debemos desaprovecharlos.

Se hace constar que las consideraciones y pautas que Carmelo figuradamente haría y demandaría a los cuidadores/monitores en sus momentos de crisis y que se citan en el presente apartado, están escritas en primera persona (como si Carmelo me anticipara a mí, como profesional que debo atenderle, la forma en que debo ayudarle). **Y son precisamente las pautas conductuales citadas, las que aplicaremos con Carmelo.**

Así, Carmelo, me diría:

“Previamente, te haré unas consideraciones:

-Si vas a apoyarme, es importante que no me tengas miedo.

-También valoraré mucho que no me mientas y no me gustará que digas algo que luego no vas a cumplir.

-Sé que puedo cansarme de ti, pese a que estás intentando ayudarme y que yo mismo puedo agotarme en mi crisis. También te anticipo que esta situación de la que no sé salir yo sólo (pero sí con tu inestimable ayuda), podrá durar algún tiempo (1-2-3 horas), por lo que valoraré tu

paciencia. Si tras ese período estás muy cansado pide que te releven”.

“Ahora empiezo a detallarte pautas concretas sobre lo que deberás hacer:

-Acércate a mí.

-Siempre trata de situarte frente a mí.

-Pídeme que te mire.

-Háblame en todo momento en voz baja y suave, pese a que yo hable en voz alta.

-Me gusta que me des tu mano con suavidad. No obstante, si te rechazo, no insistas.

-Si te pregunto algo, dame una explicación coherente.

-Si estoy muy nervioso, dime: ¿En qué te puedo ayudar?

-Llévame a un espacio silencioso, un entorno tranquilizador, donde no haya compañeros, ni ruidos.

Si me niego a ello, hazlo con el apoyo de otro profesional.

-En algunas ocasiones agradeceré que me lleves a mi habitación, en donde intentaré dormir escuchando música relajadamente.

-En otras, agradeceré estar descansando en una colchoneta, sin ruidos, a tu lado, que sé que me entiendes en esos momentos.

-A veces daré gritos y puedo autolesionarme. En estos casos, no te asustes y dime: “Tranquilo, estoy aquí contigo, descansa”

-En ocasiones, puedes sugerirme realizar una salida del centro con la furgoneta, al efecto de comprar un dulce de leche o una milhojas. Ya el hecho de estar en la furgoneta me relaja en esos momentos. No obstante, sin necesidad de comprar nada, el dar una vuelta en el vehículo por los alrededores del centro, también suele calmarme. Pero te advierto, si no quiero salir del centro, te agradeceré que no me insistas.

-Suele relajarme ver/hablar en persona o en su defecto telefónicamente con mi hermano Sebastián, especialmente si yo demando que tal cosa suceda, y secundariamente ver/hablar en persona/telefónicamente con mi hermana Fernanda, especialmente, al igual que en el caso de Sebastián, si yo demandara tal cosa.

-Cuando me pongo muy insistente con querer miccionar, te agradecería que hicieras lo siguiente: Invítame a escuchar el sonido relajante del agua al caer. Abre a continuación el grifo del lavabo, bien entendido que no basta con que lo abras, sino que me digas sugerentemente mientras me miras y yo te miro: “Carmelo, escucha el sonido agradable del agua al caer”. También agradezco que me arrojes una pequeña cantidad de agua en forma de gotas sobre mis órganos genitales (mientras yo estoy intentando sin éxito la micción). Son estímulos facilitadores de la micción los que te pido que pongas en práctica conmigo.

-En ocasiones te agradeceré que no rebatas mis argumentos, que no racionalices las respuestas que me des en base a argumentos que consideres probables/ciertos. Me explico: No me digas, por ej.: “Carmelo, es imposible que tengas ganas de orinar, pues apenas has bebido”. Aunque este argumento pueda ser cierto, si yo argumento que quiero ir a orinar (pese a que a posteriori mi excreción pueda ser escasa) es que lo he sentido así, lo he vivenciado, y he visto alterada la percepción de mi realidad en ese momento. Es por ello que tu conducta, como cuidador/a ha de manifestarse en términos facilitadores, asumiendo que tu trabajo en esos momentos es ayudarme, no rebatirme, no entorpecerme, poniéndote en disposición de colaboración, haciendo un ejercicio empático, de ponerte en mi lugar, y transmitiéndome verbal y corporalmente tu predisposición a la ayuda.

-Para finalizar, te diré que en todo momento agradeceré que me des apoyo y que prestes atención a mis inquietudes, pues confío en ti, somos amigos.”

4) Registro de crisis.

Al efecto de extraer conclusiones lo más válidas posibles, establecer correlaciones causa-efecto, prevenir futuras crisis antes de que estas aparezcan, y en suma, ser más efectivos en nuestro trabajo, es deseable llevar unos registros de crisis, según el modelo adjuntado que se adjunta como anexo.

Este documento, tras su cumplimentación, se archivará en la carpeta de salud que a tal efecto tiene habilitada el cliente.

5) ¿Cuándo se debe hacer uso de la medicación extra?

Con carácter general, consideramos que ante una de las crisis tipo de Carmelo, se deben poner en práctica las pautas conductuales citadas en el apdo. 3º del presente informe, **durante un período de 150´ (2 horas 30´)**. Si hemos sido efectivos en su aplicación, debería bastar ese tiempo para que la crisis hubiera remitido totalmente, y consecuentemente no procederá aplicación de medicación extra alguna.

Aunque también pudiera suceder que dicha crisis fuera de una intensidad leve y breve duración, y por ello no fuera preciso aplicar dichas técnicas durante tanto tiempo, sino solamente el preciso hasta observar una completa remisión en las conductas disruptivas en Carmelo.

Pese a lo dicho, pudieran producirse otras evoluciones en el tratamiento de la crisis, y que es preciso contemplar para saber cómo actuar en estos casos:

- a) Que se hubiera logrado la total remisión de la crisis aplicando técnicas conductuales durante 2 horas 30´ o menos tiempo, aunque en realidad tan sólo se trate de una aparente remisión (pues con posterioridad a dicho período se reaviven manifestaciones disruptivas). **En ese caso, y si se dieran las conductas que a continuación se citan y en la frecuencia indicada en cada caso, se aplicará la medicación extra.**

- **Gritos de forma continuada.** Será necesario que dicha conducta se haya producido durante al menos 30´ tras haber aplicado estrategias conductuales durante un máximo de 2 horas 30´.

- **Insultos continuos a compañeros y/o trabajadores.** Será necesario que dicha conducta se haya producido al menos en 4 ocasiones temporalmente diferenciadas tras haber aplicado estrategias conductuales durante un máximo de 2 horas 30´.

- **Amenazas verbales de agredir a un compañero y/o trabajador o a sí mismo.** Será necesario que dicha conducta se haya producido al menos en 3 ocasiones temporalmente diferenciadas tras haber aplicado estrategias conductuales durante un máximo de 2 horas 30´.

- **Intento de agredir a un compañero y/o trabajador o a sí mismo.** Será necesario que dicha conducta se haya producido al menos en 2 ocasiones temporalmente diferenciadas tras haber aplicado estrategias conductuales durante un máximo de 2 horas 30´.

- **Agresión a un compañero y/o trabajador o a sí mismo.** Será necesario que dicha conducta se haya producido al menos en 1 ocasión tras haber aplicado estrategias conductuales durante un máximo de 2 horas 30´.

- b) No se hubiera logrado ninguna disminución en las conductas disruptivas del cliente e incluso que se hubiera producido un recrudecimiento de la crisis. **En estos casos, procede aplicar tras las 2 horas 30´ citados, la medicación extra que esté pautada en ese momento.**

Estos criterios figurarán en el documento registro de medicación extra, al que se hace referencia en el apdo. 6 del presente informe. La finalidad de ello, es que cada vez que los profesionales se planteen hacer uso de la medicación extra, baste una rápida lectura de dicho documento para saber si procede o no tal actuación.

6) Registro de administración de medicación extra a Carmelo.

En el caso de que la medicación extra haya sido necesaria administrarla, se seguirá un registro, según el modelo adjuntado como anexo.

7) Seguimiento y entrada en vigor.

En los primeros días de cada mes, se hará un seguimiento y estudio por el psicólogo/a y enfermero/a del centro, de los 2 tipos de registros antes citados que hayan sido cumplimentados durante el mes anterior, al efecto de extraer conclusiones que puedan servir, entre otras consecuencias, para modificar/perfeccionar individualmente, en su caso, pautas seguidas por los cuidadores, así como para identificar a aquellos profesionales que con la aplicación de estas técnicas hayan logrado resultados más eficaces, al efecto de retroalimentarnos todos con su experiencia (de tal forma que este informe sea algo “vivo”, susceptible de ser actualizado conforme las circunstancias lo aconsejen) así como para poderles hacer, con datos objetivos, un reconocimiento personalizado por su buen quehacer.

Los resultados de dicho seguimiento se reflejarán en la carpeta informática que a tal efecto tiene habilitada el cliente en el servidor de Adislan.

Este protocolo entrará en vigor a partir del día 4 de abril de 2011.

Tahiche, a 15 de marzo de 2011

El equipo multidisciplinar:

Psicólogo de Adislan

Coordinadora Centro de día

Coordinadora Centro Residencial

Enfermera de Adislan

Fisioterapeuta de Adislan

REGISTRO DE CRISIS DE CARMELO			
Nombre del profesional que cumplimenta este registro:		Firma:	
Día/Mes/Año:	Hora inicio:	Hora fin:	Duración:
Actividad previa a la crisis			
Descripción de la crisis			
Detallar la intervención realizada			
Resultado de la intervención			
Este registro será archivado por el profesional que lo cumplimente, en la carpeta de salud que Carmelo tiene habilitada al efecto.			

Registro de administración de medicación extra para Carmelo

Día/Mes/Año: Hora:	Tiempo en lograrse la total tranquilización del cliente desde la admón. de medicación extra:	
Actividad del cuidador/a y conducta de Marcial	¿Qué originó la conducta disruptiva de Carmelo?	Nombre del profesional que ha aplicado la medicación extra y firma
<p>Tras un período máximo de 2 horas y 30´ de aplicación de pautas conductuales, ha desaparecido la crisis, aunque sólo se trata de una aparente remisión, pues tras ese período de tiempo ha aparecido en Carmelo alguna conducta disruptiva de las citadas a continuación y en la frecuencia o tiempo también indicados, y que han justificado la aplicación de medicación extra (poner una X a la izquierda de la conducta en cuestión).</p> <p>- Gritos de forma continuada. Durante al menos 30´.</p> <p>- Insultos continuos a compañeros y/o trabajadores. Al menos en 4 ocasiones temporalmente diferenciadas.</p> <p>- Amenazas verbales de agredir a un compañero y/o trabajador o a sí mismo. Al menos en 3 ocasiones temporalmente diferenciadas.</p> <p>- Intento de agredir a un compañero y/o trabajador o a sí mismo. Al menos en 2 ocasiones temporalmente diferenciadas.</p> <p>- Agresión a un compañero y/o trabajador o a sí mismo. Al menos en 1 ocasión.</p>		Nombre:
		Firma:
<p>Tras un período de 2 horas y 30´ de aplicación de pautas conductuales, no se ha logrado ninguna disminución en la crisis de Carmelo o ha habido un recrudecimiento de esta, lo que ha justificado la aplicación de medicación extra.</p>		Nombre:
		Firma:
<p>Otras actuaciones de los cuidadores/conductas de Carmelo distintas a las descritas con anterioridad. Describirlas:</p>		Nombre:
		Firma:
<p>Este registro será archivado por el profesional que lo cumplimente, en la libreta específica que Carmelo tiene habilitada al efecto.</p>		

EJEMPLO PROTOCOLO ANTE CRISIS Y REGISTRO “CASO II”:

Informe sobre la actuación a seguir por el personal de Adislan en relación al registro de episodios disruptivos del cliente Federico M. Z. (nombre ficticio).

1. Introducción.
 2. Descripción de los episodios con conductas disruptivas del cliente.
 3. Pautas seguidas por el personal de Adislan.
 4. Registro de episodios con conductas disruptivas del cliente.
 5. Seguimiento.
 6. Entrada en vigor del informe.
- Anexo: Modelo de registro de episodios con conductas disruptivas.

1. Introducción.

El cliente presenta con alguna frecuencia **episodios caracterizados por conductas disruptivas** de cierta intensidad y persistencia, y que suele adoptar gráficamente una figura de onda en la que se alternan picos y valles.

La duración de dichos episodios es variable así como el número de picos o valles.

Estos episodios parecen acontecer tanto en el centro de día como en el domicilio familiar.

Además de lo citado, el cliente manifiesta **crisis epilépticas**, habiendo tenido lugar algunas de ellas (concretamente 2 en la fecha de redacción de este informe) en el centro de día de Adislan, aunque mayoritariamente en el domicilio familiar. Tenemos datos concretos de su frecuencia, pues a tal efecto se lleva un registro de ellas, tanto de las acontecidas en el centro de día (por los profesionales del mismo) como en el domicilio familiar (por la madre del cliente). Según este último registro, parece haber disminuido su frecuencia en el domicilio familiar en el último año, siendo actualmente de una crisis aproximadamente cada 15 días, progresión que aún siendo positiva es posible que sea mejorable.

Por ello, los objetivos del presente informe, son los siguientes:

- a) **Describir los episodios de conductas disruptivas citados en el primer párrafo de este apartado (picos y valles).**
- b) **Saber identificar el personal cuidador tales episodios.**
- c) **Conocer cuál es la conducta desarrollada por el cuidador/a en estos casos.**
- d) **Posibilitar, mediante la información valiosa recopilada en registros, el que se unifiquen criterios que hayan demostrado su efectividad, así como ir incorporando progresivamente otras pautas distintas a las hasta ahora puestas en práctica.**
- e) **Obtener datos objetivos y cuantitativos que nos permitan establecer, en su caso, posibles correlaciones entre la conducta del cliente en Adislan y la que se produce en el domicilio familiar (traducida en crisis epilépticas con la frecuencia antes indicada).**
- f) **Mejorar el bienestar del cliente mientras permanece en el centro de día.**

Por último, y al efecto de que los profesionales puedan consultar el presente informe cuando sea preciso, este se encontrará archivado en la carpeta de salud del cliente, y ello al margen de que se considere en su momento su difusión por otros medios (tablones, etc.)

2. Descripción de los episodios con conductas disruptivas del cliente.

a) Las conductas típicas en cada una de esas situaciones suelen ser las siguientes:

Pico:

- Gritos a compañeros/trabajadores.
- Intento de golpear a un compañero/trabajador o a sí mismo.
- Golpes a un compañero/trabajador o a sí mismo.
- Rechazo de ayuda.
- Su rostro adopta un gesto manifiesto de enfado.
- Adopta habitualmente una notoria y firme posición de erguido, en pie.

Valle:

- No existen gritos, ni intentos de golpear.
- No es receptivo a ayuda (no por rechazarla, sino por adoptar una actitud pasiva ante ella).
- Adopta habitualmente la postura de acostado, y cuesta levantarlo, requiriéndose la ayuda de varias personas para ello, dado que se muestra muy decaído.
- Su rostro no transmite sentimientos definidos.

3) Pautas seguidas por el personal de Adislan.

a) En las situaciones de pico: han demostrado su efectividad, y han consistido básicamente en acompañar al cliente a pasear por el centro o sus alrededores (normalmente se requiere la ayuda de dos profesionales), y excepcionalmente haciendo uso de una silla de ruedas para pasear con ella a Federico.

No obstante, tras esa actuación, el cliente no siempre retorna a una situación de normalidad, sino que pasa a ubicarse en una de las situaciones de valle, de laxitud antes descrita, mostrando el cliente una manifiesta pasividad no deseable.

b) En situaciones de valle: habitualmente no han demostrado efectividad. Han consistido en sugerir actividad en el cliente, comenzando por intentar sentar al cliente en una silla o bien que inicie un juego de su agrado (utilizando pelotas de pequeño tamaño) o haciendo que escuche música que le satisfaga.

4. Registro de episodios con conductas disruptivas del cliente.

A tal efecto se llevará el registro que se adjunta como anexo a este informe, el cual se archivará una vez cumplimentado en la carpeta de salud del cliente.

Dado que estos episodios en algunos casos pudieran desarrollarse durante horas, y por tanto ser varios los monitores/cuidadores responsables de cumplimentar dicho registro, es preciso que el documento en cuestión se vaya pasando de uno a otro profesional, siendo el último el responsable de su archivo.

5. Seguimiento.

En los primeros días de cada mes, se hará un estudio conjuntamente por parte del psicólogo/a y enfermero/a del centro de:

- Todos los registros de episodios con conductas disruptivas que haya presentado el cliente en el mes inmediatamente anterior conforme al modelo adjuntado como anexo y que habrán sido archivados en la carpeta de salud del cliente.
- Todos los registros de crisis epilépticas que haya presentado el cliente en el mes inmediatamente anterior, conforme a los datos proporcionados por la madre del cliente así como por los cuidadores del centro de día de Adislan. En concreto será la coordinadora del centro de día, la persona responsable de recopilar y reflejar los datos referidos a dichas crisis epilépticas en la carpeta informática que a tal efecto tiene abierta el cliente en el servidor de Adislan.

El resultado de dicho seguimiento también se plasmará por el equipo psicólogo/a-enfermero/a en la referida carpeta virtual.

6. Entrada en vigor del informe.

Este informe entrará en vigor el 25/04/2011, estableciéndose su vigencia hasta el 31/07/2011. Con los datos obtenidos hasta dicha fecha se valorarán los objetivos alcanzados así como las conclusiones obtenidas, y fruto de ello se decidirá la continuidad del mismo (en idénticos términos o distintos a los actuales) o bien su suspensión temporal o definitiva, lo cual se comunicará oportunamente a los destinatarios del mismo.

Tahiche, a 23 de Marzo de 2011

El equipo multidisciplinar:

Psicólogo de Adislan

Coordinadora Centro de día

Enfermera de Adislan

REGISTRO DE EPISODIOS CON CONDUCTAS DISRUPTIVAS DE FEDERICO						
Profesional/es que cumplimenta/n este registro:	Nombre:		Firma:			
	Nombre:		Firma:			
	Nombre:		Firma:			
Día/Mes/Año:		Hora inicio episodio:			Hora fin episodio:	
Duración episodio:						
Actividad previa a la crisis:						
¿Se han producido, casi simultáneamente las siguientes conductas (típicas de una situación de pico)? Rodear con un círculo SI o NO, o concretarlas, si no estuvieran en el listado.			¿Se han producido casi simultáneamente las siguientes conductas (típicas de una situación de valle)? Rodear con un círculo SI o NO, o concretarlas, si no estuvieran en el listado.			
Gritos a compañeros/trabajadores.	SI	NO	No existen gritos, ni intentos de golpear ni golpes.	SI	NO	
Intento de golpear a un compañero/trabajador o a sí mismo.	SI	NO	Actitud pasiva ante la ayuda prestada.	SI	NO	
Golpes a un compañero/trabajador o a sí mismo.	SI	NO	Postura de acostado (cuesta levantarlo, requiriéndose la ayuda de varias personas, pues se muestra muy decaído).	SI	NO	
Rechazo de ayuda.	SI	NO	Postura de sentado en silla, con brazos caídos.	SI	NO	
Su rostro adopta un gesto manifiesto de enfado.	SI	NO	Boca abierta.	SI	NO	
Adopta habitualmente una firme y notoria posición de erguido, en pie.	SI	NO	Su rostro no transmite sentimientos definidos.	SI	NO	
Otras (concretarlas):			Otras (concretarlas):			
Reflejar la secuencia de picos-valles de dicha crisis -siendo P (pico) y V (valle)- hasta recuperarse la situación de normalidad (en su caso) o hasta que el cliente abandonara el centro para acudir al domicilio familiar. Ej: P-V-P-V-P-Normalidad ó P-V-P-V-regreso al domicilio familiar.						
Detallar actuación del cuidador/a:						
Este registro será archivado por el profesional que lo cumplimente, en la carpeta de salud que Federico tiene habilitada al efecto.						

EJEMPLO INFORME PSICOLÓGICO DE CLIENTE, REDACTADO POR NOSOTROS:

INFORME PSICOLÓGICO: LUISA M.G.

1. Datos identificación

2. Datos familiares

3. Diagnóstico-medicación

4. Actividades de la vida diaria:

a) Alimentación:

Come de forma autónoma; es preferible cortar los alimentos que sean difíciles de trocear con cuchillo. Actualmente utiliza en los platos un adaptador para que no se le caiga la comida del plato, al empujarla fuera con el cubierto. Es bueno recordarla que debe comer despacio, ya que muestra cierta ansiedad a la hora de comer, haciéndolo de forma muy rápida y sin pausa. Le gustan todo tipo de alimentos, siendo esta actividad-necesidad básica, el comer, algo que la anima y motiva a levantarse de la cama cuando se encuentra cansada o decaída.

b) Higiene personal:

Precisa de apoyo tanto en la ducha como en su aseo personal. En la ducha utiliza una silla adaptada, ya que se cansa rápidamente al permanecer de pie, aunque es bueno motivarla a que se duche en pie, para que no se acomode y podamos realizar el aseo de forma más eficaz. Debemos apoyarla a la hora de enjabonar ciertas zonas como la parte trasera del cuerpo, ella lo hará en el resto.

En el aseo bucal, debemos de insistir en que lo haga durante un tiempo determinado, ya que tiende a darse un cepillado superficial. En la actualidad debemos repasar el aseo bucal, debido a su salud y cuadro médico.

La recordaremos el utilizar el desodorante y la colonia, así como el peinarse, acicalarse, etc.

c) Vestirse-desvestirse:

Se viste y desviste sin apoyos, aunque en la actualidad debido a su estado de salud, existan días que necesite algo de apoyo en estas tareas.

d) Área motora:

En la actualidad se desenvuelve dentro del Centro de forma autónoma. Anda con cierta dificultad, debido a que padece de pie equino, pero no necesita apoyo en esta área, siempre que sea dentro del centro. Puede agacharse, levantarse, etc., aunque no con gran agilidad.

Fuera del centro necesita un apoyo para andar, ya que tiene problemas de visión, a parte de su dificultad a la hora de andar de forma ágil y manteniendo el equilibrio. También necesitará apoyo a la hora de subir y bajar escalones, ya que puede perder la estabilidad y caerse.

e) Sueño-vigilia:

Actualmente no tiene un patrón normalizado de sueño-vigilia. Tiene una tendencia a dormir en exceso, pudiendo pasar todo el día dependiendo de su estado anímico acostada y adormilada o dormida, y pudiendo después de esto seguir durmiendo durante la noche.

Debemos motivarla para que permanezca despierta y activa durante el día, ya que tiende a irse a dormir en momentos diversos, por la mañana y por la tarde. Por la noche no presenta problemas de sueño, acostándose después de cenar y levantándose a su hora. Puede darse el caso de que no quiera levantarse de la cama.

▪ **Área socio-afectiva y conductual:**

Es una persona que presenta una baja autoestima. Se comunica mayormente de forma instrumental con su medio (si le ocurre algo, si lo necesita, etc.). Inicia conversaciones esporádicas y repetitivas (pregunta sobre los mismos temas, realiza las mismas preguntas, etc.), que dependen de su estado de ánimo. Si se encuentra despierta y de buen humor, iniciará más conversaciones en general con personas adultas que tiene como referentes, realizando preguntas sobre temas repetitivos que le gustan (carnavales, cumpleaños, navidades, etc.). Puede iniciar conversaciones también con sus compañeros, pero estas se dan en menor medida. Recibe el cariño y se relaciona con su compañera de habitación, no teniendo más allá relaciones cercanas con ninguno de sus compañeros de residencia o centro de día. Mantiene una relación más estrecha con un familiar (tía) que la visita habitualmente. Puede mostrar empatía hacia otras personas, reconociendo cuando una persona tiene dolor, malestar, alegría, etc. También muestra afecto y cariño hacia otras personas, en general como respuesta al recibirlo, así como puede mostrar celos y envidia. Suele expresar estos últimos sentimientos de forma inadaptada, sin poder controlar el efecto de enfado que estos sentimientos la generan, y puede transmitirlo con gestos como golpear las paredes o llorar, o simplemente sintiéndose frustrada (este último dato lo inferimos al observar cómo cuando esto ocurre baja la mirada y cambia el gesto del rostro, así como su posición corporal, encorvándose y hundiendo más la cabeza).

Es una persona introvertida y reservada, y aunque parece que pasa gran parte del tiempo ensimismada, mostrando el gesto estereotipado de mirarse la palma de la mano, puede estar escuchando conversaciones, u observando lo que sucede a su alrededor. En general su conducta se ajusta a las demandas y normas de la residencia y centro diurno al que acude, sabiendo respetar los turnos, los horarios, y manteniendo una conducta aceptable en los medios a los que accede. Tiene tendencia a cantar con un alto tono de voz a ratos, y en los momentos en los que se encuentra positiva emocionalmente hablando. Esto también puede ocurrir en entornos menos habituales para ella, como son los momentos que sale del centro y acude a lugares públicos, por lo que fuera del centro puede tener conductas poco adaptativas, pero que no perjudican su persona ni al resto. Muestra tendencia a cambios de humor a lo largo de un mismo día, pudiendo pasar de estar contenta y cantando a mostrar urgencia y nerviosismo por acostarse en su habitación o dormir en un lugar tranquilo. Entiende las consecuencias de sus hechos y puede mostrar sentimientos como arrepentimiento. Es adecuado marcar límites en sus acciones, comprende lo que está bien y mal, es decir, interioriza normas sociales.

Debido a su enfermedad psiquiátrica tiene actualmente pautada una medicación extra para las etapas en las que puede mostrar alteración y conductas inadecuadas (agresividad hacia compañeros, autolesiones, etc.). Estos episodios se caracterizan por una despersonalización con consecuencias como conductas agresivas hacia compañeros y personas de atención directa, incumplimiento de normas, autolesiones, necesidad de aislamiento y agresividad ante cualquier contacto social durante dicho episodio. Estos episodios son lo que denominamos como *crisis*, y con anterioridad a estas se suelen observar algunos signos que nos pueden ofrecer información de que éstas se van a dar: nerviosismo, tendencia a andar sin rumbo fijo, hiperactividad, la mirada tornada y fija, fingir crisis epilépticas (no las sufre en la realidad), llorar y quejarse de un dolor que no es real, fingir tener la menstruación lesionándose para conseguir el sangrado, etc.

Existe un protocolo que marca cuándo se dará la medicación extra, o los pasos que hay que seguir si éstas se dan, utilizando el servicio de urgencias (112) en el caso en que estas no remitan y no se consiga tranquilizar al cliente pudiendo correr peligro su salud, o la de otras personas.

Muestra poca capacidad de concentración; le cuesta seguir una actividad de forma continuada, y sólo la observará o participará en ella, en general de forma discontinua si realmente se siente motivada. Tiene temas que son de su preferencia como es la música, el teatro, el karaoke, así como las artes plásticas (pintar).

▪ **Área cognitiva:**

En la parte verbal utiliza su lenguaje de forma adaptada, teniendo una capacidad de expresión limitada, que dificulta la transmisión de pensamientos que pueda tener o sentimientos. Comprende información sencilla, pero en ocasiones debemos de captar su atención insistiendo o repitiendo lo que decimos. Debemos tratarla en un tono tranquilo y relajado, de esta forma es más receptiva a la escucha o el diálogo. Cuando le ofrecemos información más compleja (cuándo hablamos de las causas o consecuencias de sus acciones, etc.), es adecuado proporcionarla ejemplos para que comprenda lo que queremos decir.

No realiza operaciones de cálculo ni identifica letras o números. Sí identifica imágenes o dibujos y les presta atención o puede describirlos.

No muestra dificultad en atender y procesar información, aunque en ocasiones presenta problemas a la hora de organizar la información y actuar sobre la misma de una forma efectiva necesitando apoyo para el desarrollo de actividades a las que no está habituada.

▪ **Apoyos en el área sanitaria:**

Necesita apoyo para acudir al médico de cualquier tipo, no sabe expresar con certeza lo que siente físicamente, atribuyendo un malestar a distintas partes del cuerpo.

Se le administra la medicación, supervisando el que se la tome. Por un lado se le dan las pastillas ofreciéndole agua tras esto; las ingiere. Por otro lado las gotas, en una cucharilla, se las toma. Debemos de atender especialmente esta área de administración de medicación cuando se encuentra en estados de nerviosismo o entrando en una posible crisis, porque puede expulsar las gotas, o fingir atragantamiento al tomarse las pastillas.

▪ **Apoyo área conductual:**

Cómo vemos es una persona que necesitará apoyo y guía en ciertos momentos, sobre todo en los momentos en que puede estar inquieta, dónde tendrá la necesidad de que alguien la diga cómo debe actuar o sentirse. Es una persona, que por su tendencia a la pasividad y ensimismamiento necesitará que el entorno sea estimulante con ella, que se dirija a ella para que no caiga en un estado decaído, que hará que tenga ganas de acostarse y dormir. En ciertos momentos, deberemos recordarle normas sociales, ya que puede actuar impulsivamente sin tener en cuenta el momento o lugar en el que se encuentra, o lo que está haciendo: por ejemplo respetar el turno de habla durante las asambleas, etc.

Conclusión:

Cómo hemos visto es una persona con una baja autoestima que necesita estimulación y cariño por parte de las personas que interactúan con ella. Le afecta especialmente no ser aceptada por sus compañeros, es muy sensible a esto sintiéndose frustrada, por lo que habrá que intervenir en diferentes situaciones para hacer que acepte de forma tranquila lo que sucede a su alrededor. Es una persona que puede mostrar cariño y afecto, sintiéndose muy bien cuando la prestan atención y se dirigen a ella de forma tranquila y positiva. Le gusta y es bueno reconocer sus logros, incluso los más mínimos que nos pueden pasar desapercibidos, cómo que no se acueste en la cama a dormir. Cómo ya hemos señalado, tiende a pasar mucho tiempo sola, y se puede aislar en numerosas ocasiones a lo largo del día, acostándose en la cama durante largas horas. Necesita que la motivemos, que la apoyemos, de modo que estas horas se reduzcan y mejora sus interacciones, actividades y por lo tanto su calidad de vida. Siempre tendremos en cuenta que es una persona con un cuadro médico complicado, lo que la puede afectar de distintas formas, aunque hasta la actualidad haya soportado con estabilidad anímica su situación. Necesita que reafirmemos su persona, y que la recordemos las cosas que a ella le gustan y motivan en su día a día.

EJEMPLO INFORME PSICOLÓGICO MISMO CLIENTE REDACTADO POR PSICÓLOGO (TUTOR):

Luisa M. G. (nombre ficticio):

Las áreas evaluadas son las siguientes:

1. Autonomía básica:

- *Alimentación:* autónoma en el acto de comer, aunque requiere de supervisión constante ya que presenta un descontrol en cuanto a la cantidad y velocidad con la que se lleva la comida a la boca, pues lo realiza ansiosamente. Suele comer con la cabeza muy pegada al plato y el acto de masticar lo realiza con los dientes y no con las muelas. Se le debe corregir constantemente la postura y hábitos sociales ya que come con la boca abierta. En la actualidad se está esforzando mucho para mantener una postura erguida, ya que ha comprobado que así recibe refuerzos positivos. La actitud de descuido (se mancha con frecuencia) respecto a su imagen y su higiene personal ya se está modificando, mostrando un destacado interés por recibir elogios. Utiliza utensilios como cuchara y tenedor aunque los agarra por la punta. No intenta coger comida a escondidas, incluso participa ella misma en la repartición de la comida, precisando solo una supervisión e indicación verbal. Presenta sobrepeso.
- *Higiene personal:* en general es autónoma y colaboradora, pero necesita supervisión y estimulación para obtener un acabado perfecto. En el momento de la ducha necesita un apoyo constante para que se enjabone todo su cuerpo y se lave correctamente. Hay que recordarle la higiene bucal e intervenir en el acto de realizarla, ya que por su temblor en la mano y por la forma de su dentadura, no logra tener un resultado adecuado. Si se encuentra en un espacio conocido es capaz de desplazarse sola cuando tiene necesidad de ir al baño. Necesita que le recordemos el lavado de manos y la correcta higiene después de evacuar. Durante años pasados, se ha encontrado dormida mientras estaba sentada en el baño, hecho que se ha extinguido. Durante su período menstrual hay que controlar que se ponga correctamente la compresa y el cambio de esta, ya que no reconoce la necesidad de hacerlo, ni comunica su incomodidad. Presenta poco interés en su imagen e higiene personal, aunque le gusta ser coqueta y utilizar accesorios como pulseras, anillos, etc.
- *Vestimenta:* autónoma en el acto del vestirse, necesitando apoyo en el momento de elegir apropiadamente su ropa dependiendo del contexto y del clima. Suele solicitar más ayuda de la necesaria, ya que se ha acostumbrado a ser asistida.
- *Área motora:* medianamente autónoma en su andar, presenta equinismo bilateral desde algunos años, lo que se traduce en una inestabilidad constante. En general camina en puntas de pie, pero en otras ocasiones, y dependiendo de las circunstancias, es capaz de correr rápido apoyando sin problema los pies en el suelo. Estando de pie se balancea y su postura no es estable. El uso de sus extremidades superiores se ve limitado por una tendencia a fijar su mano frente a la boca, a poca distancia de su cara. Pudiera ser que la poca y/o discontinua participación en las actividades, sea producto del cansancio que le genera su estado postural.

- Ciclo sueño-vigilia: en algunas ocasiones, sobre todo en períodos post-crisis, suele pasar mucho tiempo en la cama durmiendo. Si no se le motiva a levantarse día a día, ella podría pasar muchas horas durmiendo.

2. Área socio-afectiva.

En general, Luisa es una persona muy cariñosa y en algunas ocasiones, bastante sociable. No entabla una conversación, no hace preguntas ni muestra interés por el otro, manteniéndose concentrada en sí misma. Le gusta cantar y es capaz de identificar y asociar a las personas con sus canciones preferidas, cantándolas cuando las encuentra. Algo que destaca en su manera de hablar es el tono de voz muy alto, como si ejerciera una presión con la voz. A veces presenta estallidos de risa a carcajadas, mostrándose eufórica sin poder parar. No disfruta mucho de las fiestas porque se cansa con facilidad, no suele bailar sino por periodos cortos de tiempo y solo si se le motiva.

A menudo saluda al encontrarse con alguien. El acto de despedirse no suele ponerlo en práctica, hay que recordárselo. En algunas ocasiones no atiende si la llamamos o nos relacionamos con ella; su falta de respuesta no parece estar relacionada con la distracción o ensimismamiento sino con la intencionalidad de no responder a los estímulos presentados.

Al mismo tiempo puede y suele sonreír y acoger a las personas desconocidas que entran en el Centro, es abierta con gente nueva, no se niega a la posibilidad de nuevas amistades.

En general aparenta no mostrar empatía hacia los compañeros o el personal que manifiesta malestar o sufrimiento, pero con las personas con la cuales tiene un vínculo afectivo si las encuentra tristes les da besos, les defiende si les hacen daño.

No utiliza el yo, no parece ser capaz de pronunciarlo.

Comparte la habitación con una compañera desde hace años, con la cual tiene momentos de cariño y mimos pero no ha creado un vínculo con ella ni manifiesta un interés estable en buscarla o preocuparse por ella.

De hecho, no presenta un vínculo estable con las personas que han cuidado de ella, aunque puede mostrarse contenta al encontrarlas, pero pasado un cierto tiempo vuelve a su rutina y ensimismamiento.

Con frecuencia, cuando sale o va a visitar al padre, después haber pasado algunas horas, Mamen comenta que quiere volver al centro.

Es necesario la mayoría de las veces estimularla mucho y por un largo rato para que se levante por la mañana y participe durante el día a las diferentes actividades.

Cuando se le da un rol de protagonista se presenta mucho más dinámica durante las actividades y colaborativa en prestar ayuda a compañeros o en participar en diversas tareas.

Es muy importante ofrecerle reconocimiento y elogios cada vez que se presenta la ocasión, de forma contextualizada.

3. Área cognitiva:

Su nivel de comprensión es bastante bajo, entiende órdenes y frases sencillas. Su vocabulario es poco amplio. El grado de atención depende de su estado anímico y del interés que le despierten los estímulos presentes. Presenta una buena memoria, identifica y reconoce personas de su vida presente y pasada, recordando los nombres de aquellas más queridas por ella.

Aprende con facilidad textos de canciones y, como se ha descrito anteriormente, es capaz de identificar y asociar a las personas con sus canciones preferidas, cantándolas cuando las encuentra.

4.Área sanitaria:

Precisa necesidad de apoyo para regular el mantenimiento de los tratamientos de salud mental y física. Específicamente:

- En el suministro de medicación (horario y cantidad).
- Personal que asista y participe en visitas médicas.
- Requiere de una persona en caso de ponerse enferma.
- Para mantener una dieta nutritiva.
- Fisioterapia: Necesita trabajo del equilibrio, control postural y de fuerza en miembros inferiores.
- Hacer suficiente ejercicio para evitar problemas médicos asociados a una mala salud o estado físico y al sobrepeso.
- Apoyo-supervisión para levantarse y movilizarse.
- Apoyo permanente para describir su estado de bienestar/malestar físico y emocional.
- Tratamiento psiquiátrico.

Conclusión:

Luisa es una persona que inicia y busca mucho contacto físico, a través de besos, abrazos, caricias, roces, dependiendo todo esto también de su estado anímico.

No parecen gustarle actividades donde tiene que ejercer un control visual-manual, no disfruta con pintar, recortar, no le gusta la estimulación cognitiva.

Le gusta y disfruta del baile, de la psicomotricidad en grupo, de la expresión corporal.

La comunicación verbal no es muy fluida y clara. No suele iniciar y mantener una conversación, pero sí puede mostrar interés para comunicarse o establecer una interacción. El apoyo que necesita Luisa tiene que ser extenso y constante, a base de reconocimientos que le motiven en las diferentes actividades, refuerzos positivos como premios, elogios, halagos, caricias.

Es igualmente importante tratarla con firmeza, que se le enseñe que cada comportamiento o actitud tiene consecuencias que pueden ser tanto positivas como negativas y que se le vaya exigiendo que tome responsabilidad por las propias acciones y decisiones, así como comunicarle nuestro estado de ánimo respecto a estas.

Se utiliza para conseguir también la toma de conciencia, imitarla mediante por ej. la técnica del espejo, actuando como un reflejo de ella (cerrar los ojos mientras los demás le hablan, ponerse la mano cerca de la cara y mirarla fijamente, simular con ella una crisis epiléptica, etc.; ella reacciona mostrando una postura, una mirada seria como que reconoce este aspecto suyo).

Tahiche, 2 de mayo de 2011

Raúl Varona García
Psicólogo de Adislan

8. BIBLIOGRAFÍA

- *La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual* (2001). Barquín M., Miguel L., García P., López M^a., Marín A.I. Editado por: FEAPS.
- *“Terapia familiar sistémica: Aspectos teóricos y aplicación práctica”*. Bermúdez C., Brik E. (2010). Editorial síntesis.
- *La Planificación Centrada en la Persona. Un apoyo para desarrollar la autodeterminación* (2005). Marín, A. I., de La Parte, J.M., López, M.A.
- *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para los trastornos de salud* (2007). Hernández, N.A., Sánchez, J.C. Editorial: Libros en red. [Enlace](#)
- *Apoyando a las familias. Guía de actividades para mejorar la calidad de vida de las familias de personas con discapacidad intelectual* (2005). Larrañaga E., Martínez E., Martínez C M^a., Mayordomo M., Ponce A., Sellés M. Editado por: FEAPS.
- *Guía Jurídica Manual del Tutor: Teoría y Práctica* (2006). Pérez del Campo M. Editado por: FEAPS Galicia.
- *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual* (2005). Reynoso, L., Seligson, I. Recuperado el 16 de Marzo del 2011 de: [Enlace](#)
- *Calidad de vida y calidad de vida familiar* (2004). Verdugo M.A. Universidad de Salamanca. Colombia.
- *Modelo de servicio de apoyo a familias* (2006). FEAPS. Valladolid.
- *Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia* (2008). FEAPS. Madrid.
- *Autodeterminación y calidad de vida en personas discapacitadas* (2004). Rojas Pernia, S. Universidad autónoma de Barcelona.