

**INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN UN CASO DE UN PACIENTE CON
DIAGNÓSTICO DE CANCER**

MILENA MENESES PEÑALOZA

ASESORA:

Ps. SANDRA MILENA FONTECHA PABON



ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

2015

CONTENIDO

1.	RESUMEN.....	3
2.	ABSTRACT.....	4
3.	INTRODUCCION.....	5
4.	MARCO TEORICO.....	7
5.	FORMULACIÓN DEL CASO CLINICO.....	13
6.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	15
7.	ANÁLISIS EXPLICATIVO.....	17
8.	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	17
9.	EVALUACION.....	19
10.	INTERVENCION.....	20
11.	RESULTADOS.....	26
12.	DISCUSION.....	27
13.	CONCLUSIONES.....	29
	ANEXOS.....	31
	REFERENCIAS.....	40

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN UN CASO DE UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CANCER

AUTOR(ES): MILENA MENESES PEÑALOZA

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): SANDRA MILENA FONTECHA PABON

RESUMEN

Durante la práctica de Especialización en Psicología Clínica se realizó la atención a personas con diagnóstico de cáncer y se muestra el caso de un paciente, adulto mayor, remitido por mostrarse aislado, triste y distante en las relaciones con su familia. En el proceso de intervención se identificó que el problema emerge cuando la dinámica familiar empieza a girar alrededor de la enfermedad, más no de la persona. El proceso se orientó a identificar los recursos y herramientas personales del paciente que ayudarían a manejar esta situación, propiciar conversaciones con la familia sobre la manera como el paciente deseaba ser acompañado y apoyado en este momento de su vida, para esto se acudió a estrategias y técnicas propias del enfoque sistémico.

PALABRAS CLAVES:

Psicoterapia sistémica, cáncer, familia, crisis, enfermedad

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: A THERAPEUTIC INTERVENTION IN CASE OF A PATIENT
DIAGNOSED WITH CANCER

AUTHOR(S): MILENA MENESES PEÑALOZA

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: SANDRA MILENA FONTECHA PABON

ABSTRACT

During the practice of Clinical Psychology Specialization attention to people with diagnosis of cancer and a patient, elderly , isolated displayed submitted by sad and distant relationships with his family shows. In the process of intervention it identified the problem emerges when the family dynamic begins to revolve around the disease , but not the person . The process sought to identify the resources and personal tools of the patient that would help deal with this situation , facilitate conversations with the family about how the patient wished to be accompanied and supported at this time of his life, this came to own techniques and strategies of systemic approach.

KEYWORDS:

Systemic psychotherapy , cancer, family crises , illness

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

INTRODUCCION

El ejercicio de práctica en psicología clínica se llevó a cabo en la Institución prestadora de salud (IPS) Hospihogar, una institución ubicada en Bucaramanga, que tiene como propósito atender a pacientes beneficiarios del Programa de atención domiciliaria (PAD), remitidos por Ecopetrol S.A. Esta población corresponde a adultos mayores de 57 años en adelante, con diagnósticos crónicos y paliativos.

El equipo profesional que apoya las áreas de atención se integran por profesionales del área de la salud como: médicos, jefes de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos y por ultimo pero no menos importantes auxiliares de enfermería. Esta institución presta servicios de acompañamiento interdisciplinario por profesionales de la salud, quienes hacen seguimientos mediante visita domiciliaria en el área metropolitana de Bucaramanga.

La labor del psicólogo es brindar acompañamiento tanto al paciente como a su familia, mediante visitas domiciliarias a través de las que se hace seguimiento cada dos meses, en casos valorados por psiquiatría y pacientes terminales se realiza cada quince días. Para efectos del ejercicio clínico, fue posible proponer y realizar acompañamiento terapéutico a diversos casos.

Esta población se caracteriza por presentar diagnósticos crónicos, si bien existe un diagnóstico de cáncer, las intervenciones se orientaron hacia las dinámicas relacionales que se organizan a partir de este evento en la vida de la persona, las cuáles favorecen o dificultan

afrontar la enfermedad y por lo tanto generan una afectación en términos de la adherencia al tratamiento, la evolución de la enfermedad o la aparición de nuevas patologías.

De acuerdo a lo anterior se desarrolló la práctica de psicología clínica, con un promedio de 3 a 4 horas por semana, realizando atención y seguimiento a cinco casos previamente seleccionados por su carácter prioritario de atención.

El caso seleccionado para efectos de esta monografía corresponde a un proceso que logró llevarse hasta el cierre y que permite dar cuenta de las distintas etapas del proceso de intervención desde la perspectiva sistémica. Así mismo es importante precisar que en aras de dar cumplimiento a los estándares éticos, los nombres del consultante y sus familiares se han modificado para asegurar la protección y la confidencialidad sobre sus identidades.

MARCO TEORICO

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS (World Health Organization-WHO) (2015), cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis (World Health Organization-WHO) (2015). Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer (World Health Organization-WHO) (2015). Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años. En 2012, los cánceres diagnosticados con más frecuencia en el hombre fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. En la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Más del 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica. Estas regiones representan el 70% de las muertes por

cáncer en el mundo. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas. (OMS, 2015)

En Colombia según Ministerio de Salud y Protección Social, durante el año 2011 se diagnosticaron a 138 mil colombianos con cáncer, enfermedad que cobra anualmente la vida de 33.100 personas. De las cuales de estas 16.300 son hombres diagnosticados por cáncer de estómago, pulmón, próstata, colon-recto y leucemias. En las mujeres es de 16.800 en las cuales sus diagnósticos que prevalecen en el cuello del útero, estómago, mama, pulmón, colon y recto. Donde estos diagnósticos prevalecen en la zona central del país como: Eje cafetero, Antioquia, Valle del Cauca, los Santanderes, el Bogotá D.C y en la zona de la Orinoquia el Meta (MINSALUD, 2011).

Se puede decir que las enfermedades oncológicas se pueden dividir en diferentes fases las cuales son: la prediagnóstica es la que involucra la prevención primaria la cual fomenta la detección temprana de los signos y síntomas de alarma. La fase diagnóstica que comprende la determinación de la enfermedad (fase en la cual se encuentra) y su posterior aplicación de sus respectivos tratamientos (tratamientos quirúrgicos, radioterapias, quimioterapias y dolor), tanto si es para sus fines curativos o paliativos; por último si no hay resultados positivos en el tratamiento paliativo, consiste una tercera fase en la cual consiste en comprender los cuidados al final de la vida y el reconocimiento, aceptación de la muerte como proceso de la vida tanto para los mismos pacientes como sus familiares (Northouse, 1984).

La psico-oncología es la disciplina que se dedica al estudio del paciente que evoluciona a un diagnóstico de cáncer, su objetivo central es el cuidado psicosocial del paciente

oncológico, que contempla la atención de los factores psicosociales en los cuales incluyen el manejo de la familia del paciente (Almanza & Holland, 2000).

El cáncer y su afectación psicológica no involucra solo al paciente, también inciden su dinámica familiar cual recibe un impacto muy fuerte, con la presencia de tener en la familia un miembro que se encuentra diagnosticado con esta enfermedad. Algunos autores como Tirado, Gallart y Cuerdo (2012) consideran que la familia es un pilar fundamental en la evolución de la enfermedad, ya sea para caminar en el proceso de curación o en el proceso paliativo. Se debe considerar como punto de partida el sentimiento de la familia, la afectación de su vida diaria, el miembro de la familia que desempeña el rol del cuidador principal y el apoyo que la familia le ofrece al paciente (Tirado, Gallart y Cuerdo, 2012).

Teniendo en cuenta la perspectiva sistémica, se considera a la familia como un conjunto de personas la cual establecen un sistema dinámico de interacciones, cuya propiedad básica es que un cambio en uno de sus miembros, potencialmente provoca modificaciones sobre los demás y; como consecuencia, se redefine el sistema ante cada cambio (Meseguer, 1998). Apoyados en la definición descrita, se puede confirmar cuando un miembro de la familia presenta una enfermedad como lo es el cáncer, todo el sistema familiar se ve afectado, ya que es el contexto donde el paciente manifiesta a la enfermedad oncológica, la cual ha sido identificada como la fuente principal de cuidado del paciente (Nijboer y cols, 2000).

Según Rolland (2000) un nuevo modelo sistémico de enfermedad, enfatiza en la interacción y el contexto como variables determinantes de la función o disfunción, la cual se define como el ajuste entre el individuo y su familia, su contexto social y sus demandas

psicosociales del problema de salud (solicitud de citas médicas con especialistas, autorización de medicamentos y tratamientos entre otros).

Esta afectación que genera una enfermedad, en este caso el cáncer, puede ir más allá, produciendo crisis la cual desestabilizan la dinámica familiar, generando situaciones en las cuales las familias responden de múltiples maneras, entre ellas la negación a la crisis manteniendo rígidamente su estructura familiar, otras se disuelven dejando desestructurada la dinámica familiar (Lewis citado por Barreto y cols, 2013). Según Lederberg (2000) la respuesta ideal sería una apropiada flexibilidad mientras la familia se va transformando y probando nuevas formas de comportarse, hasta adaptarse a la situación estresante.

El diagnóstico de enfermedad, en este caso cáncer, si bien genera una crisis en la dinámica familiar, muestra también cómo esta situación problema crea el sistema, desde una perspectiva relacional se asume que el sistema familiar no tiene el problema como si se tratara de una característica propia (Schilippe & Schwertzer, 2003). En este sentido, cuando surge el diagnóstico de cáncer los miembros de la familia empiezan a relacionarse a partir de este, por lo tanto lo que hacen para apoyar, ayudar y acompañar al paciente se vuelve parte del problema, en la medida que dejan de ver a la persona (padre-hijo-hermano) y se relacionan con este como un enfermo, asignándole un lugar de minusvalía e incapacidad que afecta la identidad del paciente y puede llevarle a aislarse de su familia y de los contextos en los cuales interactúa.

Según Barnes (2002) afirma que en la comunicación familiar debe haber una comunicación efectiva la cual reduce el conflicto y la fuerza de los roles, a la vez promueve la cohesión y el soporte mutuo entre los integrantes del sistema familiar. Beavers (1995) afirma

que ha desarrollado un modelo de funcionamiento familiar, que parte del constructo de competencia familiar: en qué medida la familia desempeña adecuadamente ciertas funciones, potenciando la separación y la autonomía evolutiva de los hijos, negociando los conflictos y comunicándose eficazmente con los miembros de la familia. Es decir, la competencia y el estilo de funcionamiento, permite comprender el funcionamiento familiar e individual ante una crisis.

Teniendo en cuenta que las familias que presentan situaciones estresantes donde se involucra a un familiar con una enfermedad crónica. La comunicación es muy relevante en la calidad de vida de cada uno de miembros de este sistema familiar, ya que por medio de ella crean estrategias que favorecen asimilar el impacto emocional de la situación estresante dentro de esta. Sin embargo, las soluciones que intentan pueden llegar a mantener el problema del miembro que presenta el diagnóstico. Cuando el sistema familiar logra flexibilizarse ante una situación de crisis, la manera como la familia apoya y acompaña al paciente es más efectiva.

El manejo con personas con diagnóstico de enfermedad, en particular con enfermedades crónica ha mostrado los beneficios de la intervención sistémica en contextos de salud a través de talleres multifamiliares en enfermedad crónica (Cifuentes y cols, 2010). Los resultados de dicho trabajo han mostrado una gran eficacia donde se presenta enfermedades crónicas, entre estas con pacientes con cáncer. Según Cifuentes y cols (2010) este modelo procura ayudar a las familias a desarrollar nuevas estrategias para contrarrestar el impacto del diagnóstico en sus vidas, sin disminuir el cuidado clínico que se le debe tener al paciente. Donde prevalecen conceptos básicos que mantiene esta modalidad de intervención, que confirman que la enfermedad crónica afecta a cada uno de los miembros de la familia como a la familia en su totalidad. La cronicidad del dictamen de la enfermedad, el valor económico

del tratamiento, la frustración al tratamiento que no producen avances en este, comienza paulatinamente a minar al sistema familiar. Por último, las complejas interacciones que se establecen entre el sistema familiar preexistentes y sumándole una más la enfermedad, ya cronicada, afectando entre otros la identidad de la familia, ampliando los conflictos y pautas disfuncionales que ya existían en la misma, logrando empobrecer las competencias familiares para lograr un mejor afrontamiento a la enfermedad (Cifuentes y cols, 2010).

Este modelo de intervención a los grupos de familiares (GMF) según Cifuentes y cols (2010) están centradas en un conjunto de propósitos: el educacional, red social y resolución de problemas. El propósito educacional busca favorecer que las familias se eduquen unas a otras a partir de la experiencia que han tenido con la enfermedad y permitir objetivar, externalizar y normalizar el impacto de la enfermedad que ha alterado la dinámica familiar (Cifuentes y cols, 2010). El propósito de red social tiene como finalidad promover la creación de una red de apoyo entre las familias. El contacto con otras familias que entienden las demandas y pérdidas asociadas a la enfermedad, las ayuda a orientarse a sí mismas en las tareas y estrategias que pueden ser (Cifuentes y cols, 2010). Y por último resolución de problemas: compartir el manejo de los problemas que surgen a partir de la enfermedad y potencializar estrategias de afrontamiento que son más eficaces (Cifuentes y cols, 2010).

En este sentido desde la perspectiva sistémica mantiene como propósito de contribuir a disminuir la sintomatología física y psicológica del paciente; por otra parte, fomentar el equilibrio, identidad y también la capacidad del autocuidado del sistema familiar. Bajo esta perspectiva se interesa por evaluar la dinámica y el funcionamiento familiar y con ella todos los cambios experimentados entre antes y el después de la intervención. Desde la perspectiva del modelo biomédico tradicional este no incorpora las variables psicosociales de la familia en

el desarrollo y el mantenimiento de las dolencias orgánicas, ni tampoco las consecuencias a nivel tanto físico como emocional a las cuales están sometidos los familiares que conviven con pacientes crónicos. Desde este modelo también se podría decir que no se considera el soporte familiar de los sistemas de cuidados médicos como un componente del tratamiento médico (Cifuentes y cols, 2010).

Teniendo en cuenta a manera de conclusión según Rolland (2000) la mayoría de familias que enfrentan estas enfermedades crónicas las cuales presentan riesgos de vida pueden convertirse en familias sintomáticas. Ya que estas familias presentan situaciones estresantes prolongadas, las cuales llegan agotar sus recursos tanto a nivel emocional y material. Lo que implica que se deba evaluar e intervenir no solo a la persona que presenta la enfermedad sino a todo su sistema ya que este se ve afectado tanto cada uno de sus miembros como la totalidad de la dinámica familiar.

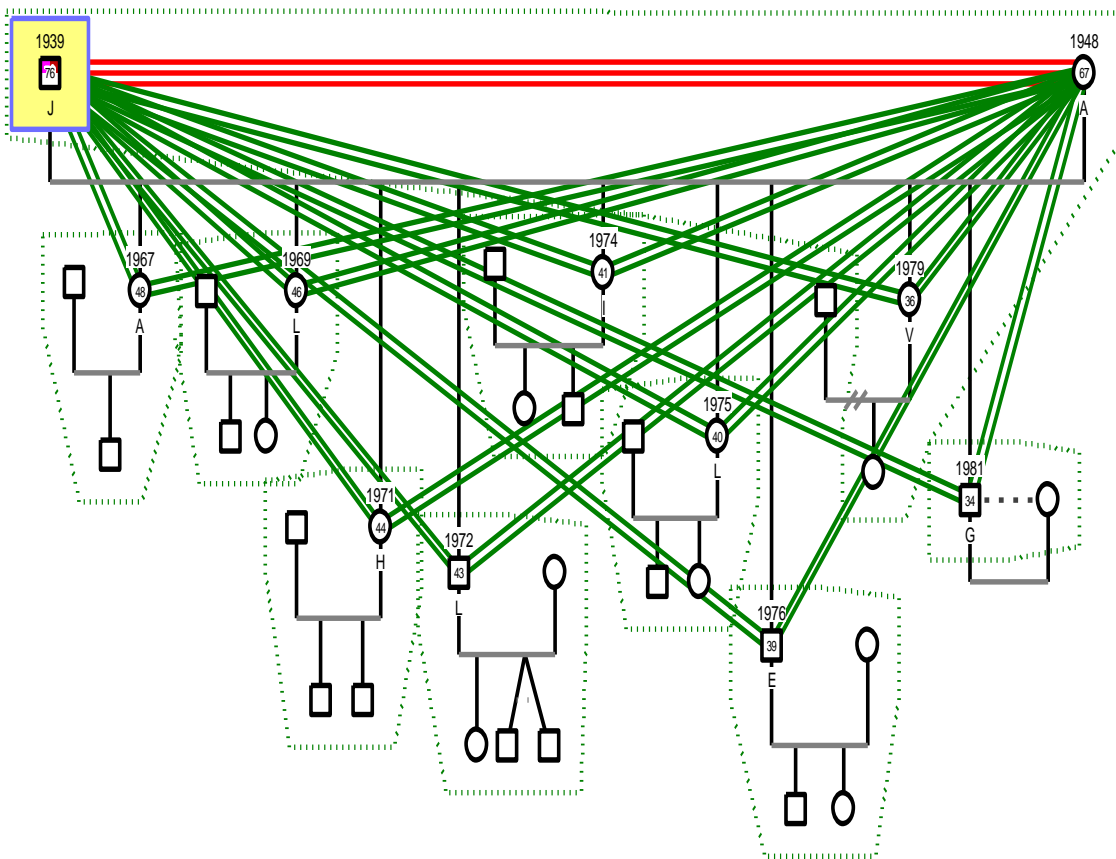
FORMULACIÓN DEL CASO CLINICO

5.1 Información General

Este estudio de caso corresponde a un adulto mayor que se identifica como J, es pensionado de Ecopetrol, tiene 75 años de edad y fue diagnosticado con cáncer en el pulmón aproximadamente desde el mes de Octubre del 2014. J pertenece a una familia conformada por su esposa A de 66 años, nueve hijos (tres hombres, seis mujeres), todos con relaciones de pareja y familia. En la actualidad J convive con su esposa, una hija separada y nieta, en una vivienda propia.

J recibe atención psicoterapéutica debido a que fue remitido por medicinal general del grupo (PAD) ya que desde el recibimiento de esta noticia el paciente comenzó a presentar cambios en su estado de ánimo y aislamiento. En relación sobre la historia de esta familia se establece que J ha sido la figura paterna con un fuerte liderazgo en su familia, debido a que era el proveedor económico del sistema familiar y también quién tomaba las decisiones sobre la vida del hogar.

5.2 Genograma familiar



La lectura que se hace del genograma permite visualizar que la familia de J es extensa, se encuentra en la etapa del ciclo vital de salida de los hijos del hogar y dentro de esta, el nido vacío, esta clasificación según Hernández (2001). Se puede observar al señor J como la persona índice o paciente identificado, el cual presenta un diagnóstico de cáncer y HTA¹. En cuanto a las relaciones en la familia, se observa en el subsistema parental interacciones cercanas, en el subsistema conyugal la relación es unida, de apoyo y cercanía afectiva.

Las fronteras entre cada sistema familiar están claramente definidas, los padres no intervienen frente los nuevos hogares establecidos por sus hijos, sin embargo cuando aparece el diagnóstico de cáncer, los hijos debido a la desesperación por ayudar toman decisiones sobre los profesionales de la salud que deben atenderle, los tratamientos a seguir así como el uso de medicinas alternativas, todo esto sin consultar a su padre, lo cual inválida su capacidad para la toma de decisiones en cuanto al diagnóstico, tratamiento y decisiones del hogar.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

En esta familia se encontró que es una familia muy unida a pesar de las dificultades que se les han presentado durante los años. En un inicio el señor J se presentaba como la figura paterna en la cual mantenía un fuerte liderazgo, era él que tenía que trabajar y por lo tanto proveer el dinero en el hogar, pero su función no solo consistía en ser la figura proveedora sino también contribuía en la toma de decisiones y en su mayoría de veces la última decisión recaía en él.

¹ HTA: Hipertensión arterial

En cuanto surge el diagnóstico en J, comenzó afectar a todo el sistema familiar logrando desestabilizar la dinámica que se mantenía en ella, logrando visualizarse dentro del sistema familiar una inapropiada flexibilidad a situaciones que llegan a ser estresantes en la dinámica familiar.

Esta situación comienza afectar la dinámica familiar, la cual empieza a sufrir una transformación una vez que los hijos se enteran del diagnóstico de su figura paterna, la cual estos toman como primera estrategia la decisión de no contarle el resultado del diagnóstico, sin embargo esta información se le fue dada a conocer en la consulta de oncología en donde tuvo el acompañamiento de unos de sus hijos, ocasionando reacciones de incredulidad, ansiedad y tristeza. Logrando que a partir de este momento los hijos empiecen a tomar decisiones con respecto al tratamiento, a los profesionales a cargo de este y los cuidados del padre, sin llegar a consultar la opinión del padre.

Esta situación logra conllevar a J a que presentara estrategias como a encerrarse en sí mismo porque pensaba que era su manera de no hacer sufrir a sus hijos, los cuales cuando dialogaban con él lloraban por la situación que estaba viviendo su padre, visualizándolo como si fuera una persona que ya iba a morir. Logrando ocasionar en J mayor aislamiento de sus hijos, apatía, pérdida del apetito y se alejaba para expresar su tristeza en la soledad ya que pensaba que debía de mostrarse como una persona fuerte ante su familia. Desde este momento se comienza a visualizar a J aislado, apático, ensimismado, con alteraciones del apetito y del sueño.

En cuanto a las soluciones intentadas frente a la problemática, J empieza a aislarse y a mostrarse apático tanto a nivel del sistema familiar y social, como estrategia para proteger a

sus hijos del dolor o sufrimiento. En cambio en el subsistema filial se permitieron visualizar las alianzas de los hijos, en las cuales se logra observarse como: solicitar varias valoraciones de profesionales de la salud, logrando ocasionar la interrupción del profesional a cargo en este caso el oncólogo, acudiendo a tratamientos homeópatas, remedios caseros, logrando así desconocer la voz del padre sobre su decisión respecto a su tratamiento a seguir.

ANALISIS EXPLICATIVO

7.1 Impresión diagnóstica DSM IV

Eje I: (trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser de objeto de atención clínica)

Trastorno de ansiedad por enfermedad con tipo con solicitud de asistencia.

Eje II: *No aplica*

Eje III: *C.A² en el pulmón con metástasis, EPOC³, Hipertensión arterial y Problemas en el colon.*

Eje IV: *Problemas psicosociales y ambientales: Problemas relativos al grupo primario de apoyo*

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El señor J al recibir la afirmación que se encontraba padeciendo una enfermedad crónica. Esta situación estresante, comenzó afectar tanto a cada uno de los miembros de la

² C.A: Cáncer

³ EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

familia como al sistema en su totalidad, logrando visibilizar en este la poca flexibilidad para una situación al cambio. Afectando el equilibrio de la dinámica familiar existente, ocasionando la cronificación de la enfermedad en el subsistema filial. En donde este subsistema filial comienza afrontar la enfermedad, tomando decisiones sobre esta situación estresante logrando inhabilitar la autonomía de la figura paterna. Ocasionando la aparición de síntomas ansiosos y cambios del estado de ánimo en el señor J.

Los hijos en el afán de mostrar su preocupación empiezan a relacionarse a partir del diagnóstico pasando de ver a su padre como un hombre fuerte a visualizarlo como un hombre enfermo y que necesita ayuda. Esto hace que las conversaciones de los hijos y amigos giren sobre la enfermedad, lo cual conlleva a que el señor se sienta desempoderado y que no es reconocido como antes. Los hijos solo hablan de remedios, vitaminas pero ya no se posibilitan otras maneras de interactuar, es como si no fuera posible ver al padre al margen del cáncer.

Ante este panorama J, empieza a mostrarse aislado, callado, evitando compartir e interactuar con sus hijos, como una manera de protegerles del dolor por su situación, así mismo alejándose evitaba que se percataran de los malestares propios de la enfermedad y del tratamiento, también así mismo entre más sus hijos realizaban acciones para ayudarlo más se sentía angustia, incapacidad, poco reconocido, sentía que había perdido su lugar como el patriarca de la familia.

Procedimiento

Se realizaron con J 6 sesiones individuales y 1 familiar, en atención en modalidad domiciliaria. Se desarrollaron un total de 7 sesiones incluyendo las de evaluación e

intervención desde la perspectiva sistémica, con encuentros programados individuales y en conjunto con los miembros de la familia con presencia del padre dentro de primer encuentro con J se logra concientizar y firmar el consentimiento informado, donde se explicó al consultante que el documento permite conocer al usuario aspectos como la confidencialidad, los beneficios y compromisos que tienen al aceptar la asesoría psicológica (Anexo 1). Se establecieron como objetivos terapéuticos:

- Redefinición de la manera como los hijos están visualizando a su padre a partir del diagnóstico de la enfermedad.
- Reafirmación de J como un ser autónomo frente a su familia.
- Visualizar nuevas formas de relación en las cuales el padre pueda mostrar su punto de vista frente a su familia.

Para alcanzar con los objetivos terapéuticos propuestos se realizó un proceso de intervención en el cual se utilizaron diferentes estrategias y técnicas, propuestas desde la perspectiva sistémica.

Instrumentos de evaluación

El proceso de evaluación con el señor J se orientó en principio a recibir la remisión establecida por medicina general, logrando escuchar en el consultante su motivo de consulta y sus estrategias de afrontamiento respecto a su problema, por medio de contexto conversacional

logrando modificar su problemática. Mediante la aplicación de los siguientes instrumentos que fueron analizados desde la perspectiva sistémica tales como:

➤ *Historia psicológica clínica:* Documento que recolecta información sociodemográfica, motivo de consulta, observación general del consultante-examen mental, aspectos relacionados al motivo de consulta, historia de la situación, soluciones intentadas, explicaciones de la familia, antecedentes médicos, aspectos familiares, redes de apoyo familiar. (Anexo 2)

➤ *Genograma familiar:*

El genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Los genogramas presentan la información en forma gráfica de manera tal que proporciona un rápido Gestalt de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo (McGoldrick & Gerson, 1985).

Instrumentos de intervención

➤ **Interrogatorio Circular:**

Se utilizó como medio para evaluar y para intervenir dentro del proceso terapéutico, y se compone de distintos tipos de preguntas como se muestra a continuación:

Preguntas circulares:

Estas preguntas tiene como finalidad “orientar al terapeuta respecto a la situación del cliente, pero se basan en presupuestos circulares acerca de la naturaleza de los fenómenos mentales” (Tomm, 1988). La finalidad de estas preguntas es exploratoria, “el terapeuta se comporta más como un explorador, investigador o científico que se dispone a hacer un nuevo descubrimiento” (Tomm, 1988).

Preguntas reflexivas:

Este tipo de preguntas son por definición “preguntas hechas en la intención de facilitar la auto-curación en un individuo o familia mediante la activación de la reflexividad entre significados dentro de sistemas preexistentes de creencias que permiten a los miembros de la familia generar o generalizar por sí mismos patrones constructivos de cognición y conducta” (Tomm, 1988).

➤ **Narración de cuentos metafóricos:**

Esta técnica le ayuda al terapeuta “como obtención de claves para entender algo más de la familia, y a los miembros del sistema familiar como aportación de visiones nuevas sobre la situación” (Cibanal, 2015). Al narrar el cuento el objetivo no es tanto el "analizarlo" racionalmente, sino "dejarlo ahí" como semilla que dará su fruto más adelante (Cibanal, 2015)

➤ **Tareas:**

Tareas terapéuticas según el ámbito de la terapia sistémica las tareas asumen que el objetivo terapéutico es que los consultantes modifiquen su conducta y relaciones con su entorno natural (Beyebach & Vega, 2009). Hubo tareas para trabajar en la sesión y tareas para desarrollar fuera. (Anexo 4)

Descripción del proceso de intervención

A través del estudio de caso elegido se pueden analizar las estrategias oportunas y eficaces, esto de acuerdo a la comprensión del problema que se encontró en la información en el contexto terapéutico de acuerdo a las percepciones del consultante y su sistema familiar.

Una de las dificultades del proceso de intervención estuvo en la situación médica del consultante ya que por su diagnóstico presentaba recaídas continuamente llegando al punto de presentar varias hospitalizaciones. Pese a esta situación, se logró continuar con el proceso terapéutico con J donde el consultante participó activamente en la terapia.

En las sesiones individuales a J se usó el interrogatorio sistémico entre ellas las preguntas circulares y reflexivas, pues resultaron útiles en la evaluación e intervención del caso, a través de esta estrategia se pudo traer el contexto de la dinámica familiar y así alcanzar una mejor comprensión del problema.

A través de las sesiones individuales a J se mostró las interacciones familiares antes y después del diagnóstico, visualizando de qué manera las soluciones que estaban

implementando para manejar la situación contribuían a generar el malestar que estaba viviendo. Esto le permitió al paciente el reconocimiento de estas y cómo le estaban afectando. Se validaron las emociones que surgieron alrededor del diagnóstico, en las cuales la tristeza era la más notoria debido a que sentía que esa situación era un riesgo para su vida, pero más allá de esto, J expresó la preocupación que vivía por sus hijos, dado que algunos de ellos no habían resuelto algunas cuestiones en su vida. En algunas sesiones se abordó este tema, permitiendo que J identificara los recursos y habilidades que tenían sus hijos para afrontar la vida, reconociendo los momentos en que ellos habían resuelto problemas sin él y el legado que como padre dejaba a su descendencia en cuanto a valores, tradiciones, normas de vida, entre otros.

También se emplearon estrategias de intervención como el interrogatorio sistémico, genograma y tareas terapéuticas con el consultante para mostrar y reafirmar su lugar en todo el proceso generado a partir del diagnóstico, generando el reconocimiento de su autonomía para decidir acerca de su tratamiento, así como de su rol en la vida familiar como padre, esposo, abuelo. Esto partió del reconocimiento a través de su historia familiar de sus logros y éxitos en distintos momentos de la vida familiar, lo que le permitió volver a reconocer sus habilidades, cualidades y valores, su capacidad para enfrentar problemas y crisis, así como el lugar como jefe de hogar que logró construir una familia y cumplir satisfactoriamente su función de padre, que se evidencia en lo que representan sus hijos para él.

Por otra parte, se emplearon preguntas estratégicas a los hijos para mostrar las consecuencias de sus estrategias para manejar la situación después del diagnóstico con su padre generando el reconocimiento de estas, como la situación que más afectaba al padre. Y preguntas reflexivas se usaron con mayor énfasis, generando y construyendo un mejor

acompañamiento al padre durante su tratamiento, lo que permitió que pasaran de tomar decisiones por su padre a escuchar lo que J deseaba.

Partiendo de lo anterior, por medio de la estrategia utilizada con el cuento metafórico con la familia se resalta que a través de la vida, la dinámica familiar puede y llega a presentar situaciones estresantes, pero cómo el sistema al ser flexible, unido y apoyarse mutuamente las crisis se pueden superar de una mejor manera, como lo han hecho en otros momentos de la historia de la familia.

Finalmente en la terapia sistémica se busca que los consultantes a través de sus percepciones, traigan el contexto a consulta para así identificar las pautas que pueden estar afectando su vida. Como también, estos mismos generan los cambios desde su intención y compromiso, para así lograr los objetivos terapéuticos propuestos e identificados en conjunto entre consultante y el terapeuta.

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Objetivo terapéutico	Estrategias de intervención	Resultado
Redefinición de la manera como los hijos están visualizando a su padre a partir del diagnóstico de la	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conversar sobre como era su relación con sus hijos antes del diagnóstico, se usaron preguntas.... ▪ Para ti ¿Cómo era el antes? ▪ ¿Cómo lo han visto a su largo de la vida? 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ J mostró interés por participar en la terapia y se logró entablar una relación empática. ✓ Se hizo posible que J se cuestionara sobre las estrategias de solución de sus hijos después del diagnóstico,

enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conversar sobre la forma como lo está afectando el acompañamiento que los hijos le están brindando, se usaron preguntas.... <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo lo ven ahora? ▪ ¿Cómo cree que lo ven sus hijos ahora después del Dx? ➤ Preguntas orientadas a conocer las soluciones intentadas de los hijos después del diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para ti ¿Qué tipo de estrategias han utilizado sus hijos? ▪ ¿Cuándo tus hijos utilizan este tipo de estrategias, cómo te sientes? ➤ Preguntas orientadas a los hijos con el fin que reflexionaran sobre las soluciones que estaban usando <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo creen que se sentiría hablar sobre la enfermedad la mayor parte del tiempo? ▪ ¿Qué estrategias han utilizado para enfrentar el Dx? ➤ Se utilizó la metáfora del “El capitán y su tripulación” 	<p>permitiendo reconocer que se encontraba afectado por estas mismas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se logra mostrar en los hijos, que las soluciones intentadas frente al diagnóstico dado a su padre no ofrecían la respuesta deseada por ellos. ✓ Se logra resignificar en los hijos, la aparición de la enfermedad como una posibilidad de unión y apoyo familiar. ✓ A partir de la narración del cuento, el sistema familiar se le aconsejó sobre la importancia de la familiar estar unida frente a las incertidumbres y apoyarse mutuamente.
Reafirmación de J como un	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se utilizó el Genograma como estrategia para 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se permitió que J observara los vínculos de su familia que se

<p>ser autónomo frente a su familia.</p>	<p>reconocer las pautas de relación y liderazgo entre los miembros de la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Durante el proceso se plantearon preguntas estratégicas entre ellas circulares y reflexivas del antes y el ahora <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿De qué forma era visto por su familia antes del Dx? ▪ ¿De qué forma le gustaría ser recordado por sus hijos? ▪ ¿Se da cuenta que sus hijos están tomando las decisiones de su tratamiento? 	<p>establecieron durante años, las fortalezas y debilidades que se mantuvieran como familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se hizo posible que J se cuestionara sobre sus actitudes en participar activamente en las decisiones como en el tratamiento y su familia.
<p>Visualizar nuevas formas de relación en las cuales el padre pueda mostrar su punto de vista frente a su familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conversar sobre la importancia de empoderarse en la toma de decisiones sobre su tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cómo cree o como le gustaría que lo acompañaran en un momento de crisis? ▪ ¿Por qué no habla usted sobre la forma que quiere que lo acompañen en su tratamiento? ➤ Se fijaron tareas donde J expresaba un mensaje a cada miembro de su familia sus sentimientos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarea “¿cómo te gustaría que te recordara tus hijos?” ▪ Tarea “Mensajes positivos familiar” 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se hizo posible que J entendiera y se comprometiera en la toma de decisiones de su tratamiento a seguir, logrando que la última palabra siempre era la suya con respecto a este. ✓ A través del proceso de las tareas J logra ser parte activa nuevamente reafirmando su lugar dentro de la dinámica familiar.

RESULTADOS

Para organizar los resultados se hizo una oportuna evaluación del proceso terapéutico con el señor J y su familia, donde se permitió ver si se han logrado generar cambios en la dinámica familiar, como cuales alcanzaron y cuales situaciones persisten. Donde se logra resaltar el interés del consultante por participar dentro de la terapia, logrando entablar una relación empática.

Dentro de los aspectos para evaluar entre ellos se encuentran los objetivos terapéuticos propuestos, el primero fue redefinir la manera en como los hijos se encuentran visualizando a su padre a partir del diagnóstico de la enfermedad, lo que implicaba deconstruir las ideas de visualizar a su padre como un hombre enfermo que necesitaba ayuda, lo cual lo conlleva a que el señor se sintiera desempoderado y ya no reconocido como antes del diagnóstico. En relación con este tema, se logra mostrar a los hijos que las soluciones intentadas frente al diagnóstico del padre no ofrecían la respuesta deseada por ellos el cual era disminuir el impacto del diagnóstico.

Lo anterior se ve reflejado en el reporte del señor J, que expresa sobre el comportamiento de sus hijos, donde disminuye considerablemente la relación de interacción que sus hijos lo vieran como un hombre enfermo y necesitado de ayuda, a como un hombre fuerte lleno de fortalezas que puede y ha superado varias situaciones que se han presentado, logrando mantener a su familia unida. Una de las estrategias que permitió a deconstruir la idea de visualizar al padre como un hombre enfermo, fue el cuento metafórico “El capitán y su tripulación” (Anexo 3) que muestra una situación que asemeja situaciones estresante dentro de

una tripulación de un barco, las cuales tanto su capitán como su tripulación podían manejar mediante una organización y apoyo mutuo dentro del barco. A través de este ejercicio práctico se logra que la dinámica familiar, a pesar de enfrentarse a situación estresante se mantuviera unida y apoyándose mutuamente entre los miembros de esta.

Durante el proceso J logró reafirmarse sobre su lugar tanto a nivel de su tratamiento, como en su dinámica familiar y comenzara a entender así como a cuestionarse sobre sus actitudes en participar activamente en las decisiones en su tratamiento a seguir. También se trabajó sobre nuevas formas de relacionarse con su familia en las cuales él puede mostrar o aportar su punto de vista frente a su red familiar, porque el hecho que el señor J se hubiese enfermado no implica a que no participara en la dinámica familiar y aportara con sus opiniones e interactuara con sus familiares y amistades.

DISCUSION

En el proceso de atención psicológica de este caso, se pudo ver cómo el cáncer y la afectación psicológica que conlleva no involucra solo al paciente, también inciden su dinámica familiar, esto se apoya en lo que señalan Tirado, Gallart y Cuerdo (2012) que consideran que la familia es un pilar fundamental en la evolución de la enfermedad, ya sea para caminar en el proceso de curación o en el proceso paliativo. Así el papel de la familia es vital para el acompañamiento del paciente, en la medida que son su red de apoyo en lo afectivo y emocional.

Dado que la familia es la red de apoyo es importante considerar de qué manera resulta afectada cuando uno de sus miembros es diagnosticado con una enfermedad pues tal como lo

señalan Tirado, Gallart y Cuervo (2012) como punto de partida de un proceso se debe considerar el sentimiento de la familia, la afectación de su vida diaria, el miembro de la familia que desempeña el rol del cuidador principal y el apoyo que la familia le ofrece al paciente. La familia también se expone a una situación que le genera estrés, confusión sobre cómo abordar al familiar enfermo, se genera agotamiento en particular en el cuidador principal.

De otra parte, la gran mayoría de las familias enfrentan situaciones que presentan enfermedades crónicas, algunas de ellas con alto riesgo de muerte pueden llegar a transformarse en sintomáticas, esto debido a un alto estrés prolongado, las cuales llegan a debilitar sus estrategias de afrontamiento (Rolland, 2000). En la familia de J se pudo ver que los hijos en especial, estaban afectados por la situación dado que la etapa del ciclo vital del padre y el cáncer hacían más alta la posibilidad de una muerte, evento que les preocupaba mucho y que mostraban en el afán de buscar las mejores opciones para salvarle la vida.

De acuerdo con lo anterior, fue posible comprender que desde una mirada sistémica se asume que el sistema familiar no tiene el problema como si se tratara de una característica propia (Schilippe & Schwertzer, 2003), sino que a partir de un diagnóstico como el cáncer, el sistema familiar empieza a organizarse alrededor de este, generando pautas comunicacionales que terminan generando el problema. Por lo tanto para contribuir en el manejo de la enfermedad médica, y disminuir la sintomatología tanto física y psicológica del consultante, es necesario realizar un proceso con la familia, para que esta pueda acompañar a su familiar de la

manera que este espera que lo hagan y que puedan conversar sobre las emociones, temores y expectativas que tienen frente a la enfermedad.

Por otra parte, Rolland (2000) señala que la mayoría de familias que enfrentan estas enfermedades crónicas las cuales presentan riesgos de vida pueden convertirse en familias sintomáticas, ya que estas presentan situaciones estresantes prolongadas, las cuales llegan a agotar sus recursos tanto a nivel emocional y material. Esto reafirma la necesidad de evaluar e intervenir no solo a la persona que presenta la enfermedad sino a todo su sistema ya que este se ve afectado tanto cada uno de sus miembros como la totalidad de la dinámica familiar. Sin embargo actualmente el modelo médico se podría decir que no incorpora el impacto de las variables psicosociales de la dinámica familiar en el desarrollo y la mantención de las afecciones sintomáticas del paciente, ni tampoco a las situaciones físicas y emocionales a las cuales se encuentran sometidos los familiares que conviven con un paciente que presenta una enfermedad crónica.

Finalmente, cabe señalar que el papel del terapeuta sistémico adopta una postura durante el proceso de la terapia, donde deja de lado sus creencias y principios personales, el cual puede llegar a influir en la percepción del problema logrando alterar el proceso del enfoque terapéutico. El terapeuta sistémico abandona la postura de experto con el fin de generar todas las posibilidades de traer el contexto real de las familias a la terapia, con el fin que puedan generar cambios significativos en el sistema.

Para terminar, mi experiencia personal en el proceso de formación como terapeuta sistémica, donde llegue con un pensamiento totalmente lineal, en el cual al principio presente dificultad debido a esta orientación, donde me encerraba en los síntomas de los consultantes, a pasar a llegar y reconocer el pensamiento circular con la riqueza que esto conlleva. Como entre ellos el reconociendo de los diferentes tipos de familias y sus estructuras, las etapas del ciclo vital. Resinificando la idea de que la familia en sí, es un sistema formado a su vez por subsistemas que forman los miembros de la dinámica familiar y todo esto es la suma de sus partes, por lo cual cada una de las partes de un sistema está relacionada con las otras no de forma lineal sino de forma circular, por lo tanto un cambio en ellas provoca un cambio en todas las demás del sistema, lo que implica que no solo se deba evaluar e intervenir a la persona que presenta el malestar sino a todo su sistema ya que el mismo se ve afectado tanto cada uno de los miembros como la totalidad de la dinámica familiar. Logrando como terapeuta una visión más amplia del problema, optando abandonar la postura de experto de decir que se tiene que hacer, a una terapeuta que co-construye con el consultante el contexto real del problema dentro del sistema familiar.

CONCLUSIONES

La intervención terapéutica desde la perspectiva sistémica ha sido efectiva en la evaluación e intervención de los casos atendidos en la población en pacientes que presentan enfermedades crónicas, permitiendo obtener cambios desarrollando nuevas estrategias en el

núcleo familiar con el fin de minimizar el impacto de la enfermedad en sus vidas sin llegar a disminuir el cuidado clínico que necesita el paciente.

Los pacientes que presentan y afrontan enfermedades crónicas como el cáncer son una población de alta demanda de atención psicológica esto dado a las implicaciones que conlleva la enfermedad en el curso de sus vidas y de las personas en las cuales se encuentra rodeado, en el caso más concreto sus seres más allegados su familia.

La intervención terapéutica llevada a cabo permitió alcanzar las metas establecidas conjuntamente con el consultante el señor J en cuanto a los cambios esperados en el comportamiento del consultante y su dinámica familiar. Fue evidente que la estructura familiar fue un factor importante para la aparición de los síntomas del consultante ya que esta enfermedad crónica llamada cáncer afectó a cada uno de los miembros de la familia como a la familia en su totalidad. Ya que la familia debido a la situación estresante tendió aglutinarse como respuesta al diagnóstico.

Al considerar como problema la enfermedad y cronificación de esta, las soluciones intentadas por los hijos frente a la situación estresante en la dinámica familiar ocasionaron la aparición del malestar, con llevando al que el señor J se sintiera desempoderado y ya no reconocido como antes como un hombre fuerte y líder dentro de su familia.

La postura del psicólogo clínico desde la perspectiva sistémica, es adoptar una postura donde deja de lado sus creencias y principios personales, los cuales pueden llegar a influir en la percepción del problema llegando alterar el proceso terapéutico. Donde el terapeuta sistémico abandona su postura de experto, para generar todas las posibilidades de traer el

contexto real de las familias a la terapia para que así se puedan generar cambios significativos en sus vidas.

REFERENCIAS

Almanza Muñoz, J.J & Holland, J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. Revista del instituto nacional de cancerología. (3), 196-206.

Beyebach, M. & Vega, M. (2009). 200 tareas en terapia breve. Primera edición: Gedisa.

Cibanal, L. (2015) Técnicas de intervención. Recuperado de http://www.aniortenic.net/apunt_terap_famil_12.htm

Cifuentes, S. & Chauriye, S. & Erazo, R. & Ferreira, C. & Jara, C. (2010). Una modalidad de intervención sistémica en el contexto salud: talleres multifamiliares en enfermedad crónica. Revista del instituto chileno de terapia familia. 63-72.

Hernández, A. (2001). Familia, ciclo vital y psicoterapia breve. Primera edición. Bogotá, D. C: El búho.

McGoldrick, M. & Gerson, R (1985). Genograma en evaluación familiar. Primera edición: Gedisa.

Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Recuperado el 4 de Febrero de 2011 de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/33-mil-personas-al-a%C3%B1o-mueren-de-C%C3%A1ncer-en-Colombia.aspx>

Organización Mundial de la Salud – OMS (World Health Organization-WHO) (2015).

Recuperado Febrero de 2015 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Rolland, J. (2000). Familias, enfermedad y discapacidad – una propuesta desde la terapia sistémica. Primera edición. Barcelona: Gedisa.

Schilippe, A & Schwertzer, J (2003). Una concepción sistémica de los problemas. En manual de terapia y asesoría sistémica. Barcelona: Herder.

Tomm, K (1988). La entrevista como intervención. Parte I, II y III. En M. Beyebach y J. L.

Rodríguez-Arias (Comps). Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como Psicóloga en formación en clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana Milena Meneses Peñaloza, se encuentra realizando su práctica clínica; cuyo objetivo es identificar e intervenir el problema que se presenta en la familia.

Esta práctica clínica realizada con fines académicos concentra los resultados en un informe, el cual se le hará y entregara al final de la práctica. Es necesario mencionar que sus datos personales estarán protegidos y sus respuestas serán totalmente confidenciales, de manera que su identidad no sea revelada. También cabe aclarar que se utilizara en las secciones de intervención psicológicas grabaciones de manera auditivas. Así mismo se hace saber que el presente estudio no genera riesgos a nivel físico, psicológico, ni personal que lo afecten como consecuencia de la participación en la práctica clínica.

De tal modo, solicitamos su participación teniendo en cuenta que es voluntaria, y usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento. El caso será expuesto y supervisado bajo un equipo superior conformado por la Dra. Sandra Milena Fontecha y psicólogos con especialización en clínica. Es conveniente aclarar que esta intervención psicológica clínica es totalmente gratuita, por la cual usted no pagara ningún tipo de costo económico por los

procedimientos que en él se efectúen, y no recibirá algún beneficio diferente al derivado de los aportes que desde la ciencia psicológica se puedan realizar.

Yo _____ con CC _____ de
_____, a fecha de _____ acepto voluntariamente
participar en esta práctica clínica. He tomado esta decisión basándome en la información que
se me ha proporcionado, y entiendo que puedo retirarme de la investigación en el momento
que lo desee, sin que esto me acarree contratiempos de cualquier tipo.

Firma _____

(Participante)

Firma _____

(Evaluador)

ANEXO 2

HISTORIA CLINICA PSICOLOGICA

HISTORIA CLINICA Área de Psicología			
Ciudad:	Fecha:	HC:	
1. DATOS GENERALES			
Nombre:		Apellidos:	
Edad:	Género:	Lugar y fecha de nacimiento:	
Documento de identidad:		Escolaridad:	Edad:
Estado civil:	Religión:		Raza:
Dirección de residencia:		Teléfono o Móvil:	
2. REMITIDO POR			
3. MOTIVO DE CONSULTA			
4. OBSERVACIÓN GENERAL DEL CONSULTANTE-EXAMEN MENTAL			

5. ASPECTOS RELACIONADOS AL MOTIVO DE CONSULTA
6. HISTORIA DE LA SITUACIÓN
7. SOLUCIONES INTENTADAS PARA RESOLVER LA SITUACIÓN
8. EXPLICACIONES DE LA FAMILIA SOBRE EL PROBLEMA

9. ANTECEDENTES MÉDICOS <i>(enfermedades médicas del consultante o la familia, tratamiento o uso de medicamentos)</i>
10. ASPECTOS FAMILIARES
11. GENOGRAMA
12. OBSERVACIONES SOBRE EL GENOGRAMA

<p>13. REDES DE APOYO FAMILIAR <i>(grupos de pertenencia, programas de asistencia social, red de apoyo del consultante)</i></p>
<p>14. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (multiaxial)</p> <ul style="list-style-type: none">• EJE I:• EJE II:• EJE III:• EJE IV:• EJE V: <p>SEGÚN:</p>
<p>15. PLAN DE INTERVENCION</p>
<p>16. OBSERVACIONES</p>

FIRMA DEL PROFESIONAL

ANEXO 3

METAFORA “EL CAPITÁN Y SU TRIPULACIÓN”

Esta es una historia de un capitán junto a su tripulación y su forma de resolver los problemas que se les presentaba en su diario vivir en el altamar. El capitán era un señor de mediana edad.

Un barco junto a su tripulación iban viajando por altamar muchas veces las cosas en barco transcurrían sin mayor problema, ya que su capitán siempre tomaba decisiones muy certeras y repartía obligaciones con respecto al trabajo de la nave y todo transcurría sin mayor problemas.

Un día el capitán se encontraba muy agotado físicamente debido al desgaste de las labores del viaje, el cual el capitán tomo la determinación de tomar un merecido descansó ya que se encontraba muy cansado y le hablo a su tripulación ¡les dejo a su cargo la nave mientras descansó!, la tripulación siguió cumpliendo cada uno sus obligaciones y uno de la tripulación se encargó del timón de mando. El barco siguió su rumbo a pesar que se enfrentaron con una tormenta en altamar, no presentaron problemas para resolver la situación que presentaron y todo transcurrió sin ningún problema hasta el momento que el capitán volvió a tomar el mando.

ANEXO 4

TAREA “¿CÓMO TE GUSTARÍA QUE TE RECORDARA TUS HIJOS?”

- **Descripción:**

Pedimos al progenitor que busque un lugar y un momento tranquilo para sentarse a reflexionar. Le invitamos a que se imagine que, en el plazo de unos meses, sufre un infarto y fallece prematuramente. ¿Cómo cree que lo recordarían sus hijos? ¿Y cómo le gustaría que lo recordaran? ¿Qué gestos amorosos o detalles de cariño le gustaría que sus hijos conservaran en su memoria? ¿De qué forma ese recuerdo le ayudaría a ser mejor persona?

- **Indicaciones:**

Pedimos esta tarea como un ejercicio individual al progenitor que este emocionalmente bloqueado respecto a sus hijos.

- **Fuente:**

Variaciones de esta prescripción aparecen descritas en fuentes diversas, tanto de terapia centrada en las soluciones (Henden, 2008) como terapias narrativas (White y Epston, 1980)

ANEXO 4

TAREA “MENSAJES POSITIVOS FAMILIARES”

- **Descripción:**

Al consultante escribirá en unas fichas un mensaje positivo a cada hijo, de unas diez palabras. Cuando se sienta estable para poder escribir con el fin de poder transmitir sus emociones en el mensaje. Pondrá toda su atención en que el mensaje sea original.

- **Indicaciones:**

Esta tarea es con el fin de que exprese sus emociones a sus familiares, por medio de un mensaje positivo a ellos.

- **Fuente:**

Esta tarea es una variación de la tarea Mensaje Positivo de Yvone Dolan (1991)

