

## Contenido

### Servicios Hospitalarios

- Eficacia de la Terapia Familiar en familias de pacientes con discapacidad atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación  
Luis Guillermo Ibarra Ibarra | 2

### Artículos

- Tips para los viejos y no tan viejos | 9
- Convocatoria | 14



## Tips Para Los Viejos Y No Tan Viejos

**Dr. José Narro Robles**  
Secretario de Salud

**Dr. Guillermo Miguel Ruíz - Palacios y Santos**  
Titular de la Comisión  
Coordinadora de los INS y HAE

**Dr. José Clemente Ibarra Ponce de León**  
Director General

**Dr. Daniel Chávez Áreas**  
Director Médico

**Dra. Matilde L. Enríquez S.**  
Directora de Educación en Salud

**Dr. Juan Antonio Madinaveitia V.**  
Director Quirúrgico

**Dr. Javier Pérez Orive**  
Director de Investigación

**Dra. Maricela Verdejo Silva**  
Directora de Administración



Editor  
**Lic. Edgar Raúl Mendoza Ruíz**  
Jefe de la División de Difusión  
y Divulgación Científica

Coordinación Editorial  
**Biol. Sylvia Nuñez Trias**

Diseño Editorial y Producción de Imagen  
**D.G. Mónica García Gil**  
**Lic. Miguel Angel Dávalos Anaya**

Distribución  
[inr.gob.mx/boletin.html](http://inr.gob.mx/boletin.html)

Portada:  
Fotonoticia\_20140414123057\_800

Foto Contraportada:  
Lic. Miguel Angel Dávalos Anaya

Prohibida su venta.  
Distribución sólo dentro del  
Instituto Nacional de Rehabilitación.  
Calz. México Xochimilco No. 289  
Col. Arenal de Guadalupe,  
Del. Tlalpan, C.P. 14389, México, D.F.  
[www.inr.gob.mx](http://www.inr.gob.mx)

**Publicación bimestral informativa  
editada y distribuida gratuitamente por  
el Instituto Nacional de Rehabilitación.  
EL CONTENIDO DE LOS ARTÍCULOS  
ES RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES**

Núm. 69 mayo - junio de 2018

# Servicios Hospitalarios

## Eficacia De La Terapia Familiar En Familias De Pacientes Con Discapacidad Atendidos En El Instituto Nacional De Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra

**Dr. Froylan Enrique Calderón Castañeda**

Jefe de Servicio de Psicología, Psiquiatría y Terapia Familiar del INRLGII

**Isabel Quezada Ponce de León**

**Luz R. Alvarado García**

Psicólogas Adscritas al Servicio de Psicología, Psiquiatría y Terapia Familiar del INRLGII

**Violeta Hinojosa**

Dra. Paidopsiquiatra del Hospital Juan N. Navarro

**Sylvia L. Nuñez Trias**

Difusión y Divulgación Científica

### Introducción

Se trataron 200 familias con un paciente con discapacidad. Se buscaba valorar la tasa de eficacia terapéutica de terapia familiar. Se determinaron los factores pronósticos de mejoría o no mejoría de estas. Todos los pacientes fueron referidos de diferentes servicios del Instituto Nacional de Rehabilitación LGII.

Los pacientes que llegan a nuestro Instituto, algunas veces no tienen la fortaleza de afrontar los cambios de su salud, que aun cuando tienen una evolución favorable incluyendo un abordaje quirúrgico, no siempre llegan físicamente a quedar exactamente como estaban antes de su evento de salud.

Es el caso de los que tienen una amputación, que deben aceptar un cambio de vida, adaptándose a una prótesis, y algunas veces también a un trabajo diferente.

También se proporciona una Psiquiatría de enlace a pacientes hospitalizados, incluyendo adultos y pediatría.

Es conocido que no solamente el paciente se afecta por su problema médico, la familia se enfrenta a un problema que no solamente es la salud del paciente, sino también, tiene problemas económicos para pagar la atención hospitalaria, emocionales, de comunicación, de farmacodependencia; adicionalmente una disfunción familiar.

En los infantes, se agregan miedos al dolor, al lugar, a la falta del más allegado a su vida, etc.

La atención se empieza con el paciente, pero posteriormente según sea al caso, se extiende a la familia y se programan sesiones de ayuda para superar el problema.

La discapacidad física, psicológica o social de un miembro de la familia es capaz de producir situaciones de crisis familiar que requieren diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar su deterioro. En México no existen reportes sobre la eficacia de la Terapia Familiar (TF) dirigida a familias con pacientes discapacitados, y se desconoce qué factores influyen sobre su pronóstico, por tal motivo; el Servicio de Psicología, Psiquiatría y Terapia Familiar del INR LGII decidió medir la tasa de eficacia de la TF en familias con pacientes discapacitados y determinar qué factores y pronósticos influyen sobre dicha eficacia, medida como mejoría de los principales causas que motivaron las consultas; paralelamente, se planteó como objetivo secundario evaluar la utilidad de la guía diagnóstica de McMaster para identificar tales factores.

Existen múltiples enfoques sobre el estudio de la familia y, paralelamente, diversos modelos de TF. Algunos de los principales autores que han influido sobre esta última son:

- Ludwig von Bertalanffy que se basó en la Teoría General de los Sistemas, a partir del cual la TF se enfocó a considerar a la familia como un sistema. Escribió un libro en donde describe que hay Sistemas abiertos y Sistemas cerrados; Sistemas abiertos como los seres vivos, Sistemas cerrados las máquinas. Las teorías de Bertalanffy ayudaron a la Terapia Familiar a identificar a la familia como un sistema.
- Nathan Ackerman fue uno de los iniciadores de la TF a mediados del siglo XX con un enfoque psicodinámico.
- Nathan Epstein estudió familias en Montreal y diseñó el esquema psicodinámico de la TF de "McMaster".
- Jay Haley describió muchas técnicas de Terapia Familiar haciendo hincapié en que el terapeuta es quien debe controlar a la familia.
- Salvador Minuchin en Filadelfia, describió varias técnicas especialmente en pacientes con anorexia.

Actualmente existen nuevos paradigmas de la TF cuyo enfoque es que la familia trate de solucionar sus problemas por sí misma.

**Con fundamento en los aspectos anteriores los autores han llegado a definir los diferentes tipos de familia para su estudio y tratamiento:**

- Nuclear, formada por los padres en su primera relación de pareja y sus hijos.
- Uniparental, formada por un solo padre y los hijos.
- Extensa en donde los padres o uno de los padres y los hijos viven con los abuelos u otros familiares.
- Uniparental extensa en donde uno de los padres y los hijos vive con los abuelos u otros familiares.
- Reconstruida, es aquella en la cual uno de los padres ha tenido una relación previa, incluidos los hijos propios de la relación anterior o la actual.
- Atípica en la cual los abuelos o algún otro familiar realizan las funciones de los padres.

En el INR LGII el proceso de la TF inicia identificado el motivo de consulta en el que se analizan los problemas referidos por las familias, los problemas referidos por el equipo de terapeutas, las expectativas familiares y sus recursos emocionales y disposición para asistir a las sesiones de terapia; enseguida se analiza cuál es el ciclo vital por el que atraviesa la familia subrayándose los eventos significativos recientes, los eventos emocionales crónicos que han sucedido y que han afectado la dinámica de la misma, como el fallecimiento de un familiar hace más de una década o recientes como una enfermedad crónica, las fuente de tensión emocional recientes que hayan ocurrido en el momento actual (accidentes, fallecimientos, etc.). Con estos elementos y de acuerdo a la guía de McMaster diseñada por Epstein se abordan los siguientes aspectos para integrar el diagnóstico:

**A) Cómo se solucionan los problemas familiares instrumentales y afectivos:**

**a)** Instrumentales: cambios de domicilio, pérdida del trabajo de algún miembro de la familia.

**b)** Afectivos: tristeza, pérdida de un familiar, angustia y /o ansiedad.

## **B) Cómo se lleva a cabo la comunicación entre todos los miembros de la familia:**

- a) Clara y directa: cuando un miembro se dirige a otro de manera directa para expresar sus ideas y sentimientos.
- b) Clara e indirecta: el padre se dirige a la hija para comunicarle algo a la esposa.
- c) Oscura y directa: el mensaje es de un miembro a otro, pero este es confuso.
- d) Oscura e indirecta: el mensaje es oscuro y dirigido a otra persona.

En todas las familias existen diferentes tipos de comunicación, pero como refirió Paul Watzlawick, lo interesante es que exista la metacomunicación, que implica que se aclaren los mensajes confusos e indirectos.

## **C) Roles que se presentan en la familia:**

- a) Roles tradicionales, los que el medio social de cada familia le asigna.
- b) Roles idiosincráticos, los que cada familia asigna a los integrantes de la misma.

## **D) Expresión afectiva:**

- a) Sentimientos de bienestar (afecto, cariño, etc.).
- b) Sentimientos de malestar (enojo, agresión, angustia, etc.).

## **E) Involucramiento afectivo:**

- a) Ausencia de involucramiento: no hay sentimientos positivos ni negativos entre los integrantes de la familia.
- b) Interés convencional: uno de los integrantes de la familia le interesa el cambio de otro, pero por su conveniencia propia.
- c) Involucramiento empático: es la más sana, en la cual hay interés recíproco entre dos integrantes o más de la familia.
- d) Involucramiento narcisista: uno de los integrantes de la familia por sus rasgos narcisistas se interesa más por él mismo y no por los demás integrantes.
- e) Involucramiento simbiótico: un familiar o toda la familia actúan con uno o varios miembros de la familia sobreprotegiéndolos, lo que impide su desarrollo emocional adecuado.

## **F) Control de comportamiento:**

- a) Rígido: existen pautas estrictas, rígidas y que no cambian a pesar del crecimiento emocional de la familia.
- b) Ausente: no hay pautas de control conductual por ningún familiar.
- c) Flexible: las pautas van cambiando conforme al desarrollo emocional de los miembros de la familia.

- d) Caótico: fluctúa entre pautas rígidas y pautas ausentes en cuanto al control conductual

## **G) Evaluación de la familia:**

El diagnóstico del sistema familiar se realiza en forma integrativa, psicodinámica (basándose en los postulados del psicoanálisis) y sistémica (siguiendo las pautas de la teoría de sistemas de von Bertalanffy).

## **Objetivo de la Terapia Familiar**

El objetivo de la TF puede ser a corto, mediano o largo plazo, dependiendo de las características de las psicopatologías de cada familia. Considerando los aspectos psicopatológicos de la familia, así como sus áreas sin patología, se diseña el número de sesiones y la frecuencia de las mismas en el llamado Contrato Terapéutico. Se les proporciona la hoja de consentimiento informado que, en caso de aceptación, proceden a firmar.

## **Contrato terapéutico**

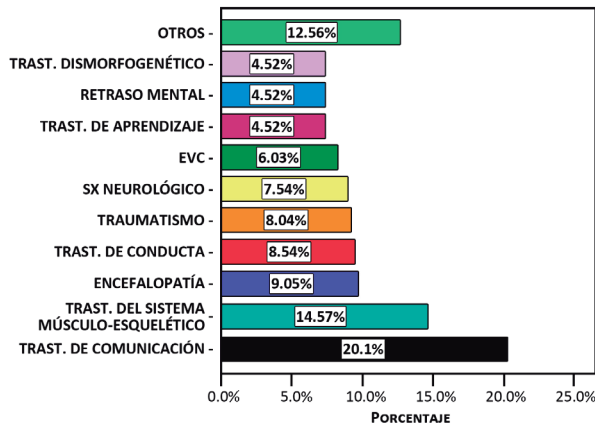
Considerando los aspectos psicopatológicos de la familia, así como sus áreas sin patología, se diseña el número de sesiones y la frecuencia de las mismas. Se les proporciona la hoja de consentimiento informado, que deberán aceptar y firmar.

## **Material y métodos**

Se analizó la evolución clínica de una cohorte histórica expuesta a TF constituida por 200 familias con al menos un familiar discapacitado atendido en el INRLGII. Por pérdida de datos en el seguimiento, el total de familias analizadas en algunos casos es menor a 200 lo cual se indicará en las tablas de presentación de resultados. Un poco más de la mitad (55.5%) de los integrantes discapacitados de las familias eran del género masculino y el 44.5% restante del femenino con una edad promedio de 22.5 y una desviación estándar de 22.6 en el rango de 1 a 89 años.

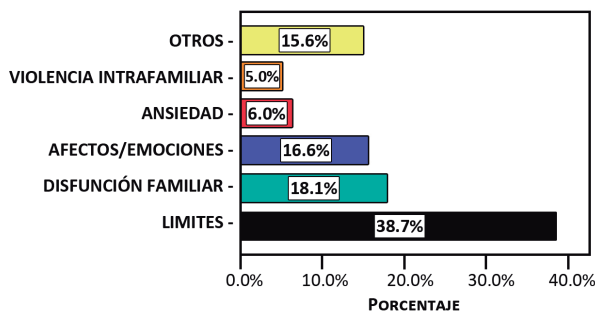
Como se puede apreciar (gráfica 1) los principales diagnósticos médicos del tipo de discapacidad del miembro de la familia fueron en 20.1% de los casos trastornos de la comunicación (básicamente trastornos del lenguaje, hipoacusia, disfonía psicógena, retardo del lenguaje y retardo del lenguaje con componente anártrico afásico), en 14.5% la discapacidad incluyó trastornos del sistema músculo esquelético, en 9.0% encefalopatía, en 8.5% trastornos de conducta y en 8.0% traumatismos.

**Gráfica 1. Diagnósticos médico de discapacidad del miembro de la familia tratada en el Servicio de Psicología, Psiquiatría y Terapia Familiar del INRLGII**



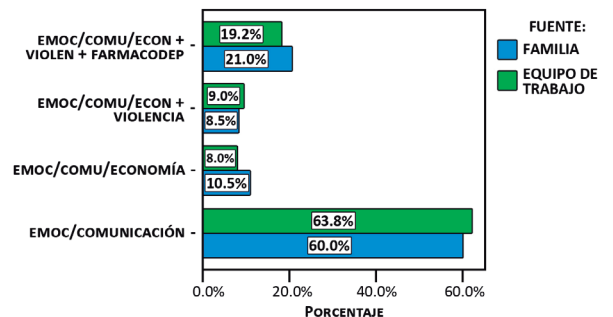
Las discapacidades descritas condujeron a solicitar TF ya que las familias referían problemas en el manejo de límites del paciente con problemas de conducta y agresiones en el 38.7% de los casos, disfunción familiar en el 18.1% y problemas en el manejo de los afectos y las emociones en el 16.6%; destáquese que en 5.0% se refirió violencia intrafamiliar (gráfico 2).

**Gráfico 2. Principales motivos de consulta en el Servicio de Psicología, Psiquiatría y Terapia Familiar del INRLGII de las familias con un integrante discapacitado**



Una vez estudiados durante la consulta y las sesiones convenidas en el contrato terapéutico se identificaron los problemas familiares confrontándose los señalados por las familias contra los señalados por el equipo de terapeutas. Véase (gráfica 3) la elevada concordancia entre familias y terapeutas (coeficiente de correlación 0.761,  $p = 0.0001$ ). Es notorio que el primer grupo de problema referido por la familia e identificado el equipo de terapeutas era el del manejo de las emociones y de la comunicación de manera simultánea (60% referido por las familias versus 63.8% identificada por el equipo de terapeutas); el segundo gran grupo de problemas era el que aglutinaba dificultades en el manejo de los afectos y la comunicación al que se agregaban problemas económicos, violencia familiar y farmacodependencia (21.0% de casos referido por la familia versus 19.1% identificados por el equipo de terapeutas). Obsérvese que 100% tenían problemas emocionales y de comunicación mientras que aproximadamente 29% padecían violencia familiar.

**Gráfico 3. Principales grupos de problemas referidos por las familias con un integrante discapacitado versus los problemas identificados por el equipo de terapeutas del Servicio de Psicología, Psiquiatría y Terapia Familiar del INRLGII**



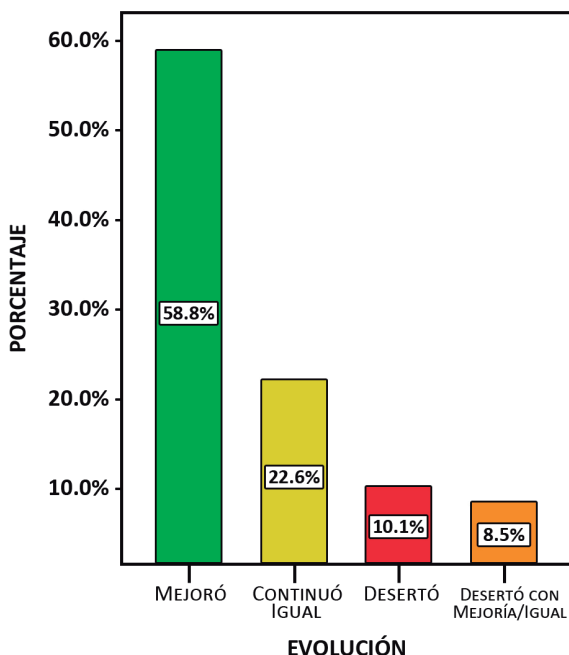
De acuerdo a los objetivos de la TF y los criterios definidos por los expertos el desenlace primario se estableció como Eficacia medida a través de la mejoría clínica y el secundario como recontractación para continuar la TF. De acuerdo al modelo de diagnóstico familiar de McMaster, una vez referidos e identificados los problemas familiares que motivan la consulta a TF, estos se clasifican y durante las sesiones se analizan las estrategias que las familias aplican para solucionarlos con la guía del equipo de terapeutas; el equipo evalúa si los problemas se van resolviendo y los expresa como mejoría clínica en una escala binaria de Sí o No.

Los factores pronósticos evaluados fueron: 1. Del paciente (tipo de discapacidad, edad, sexo y escolaridad). 2. De la familia (edad, sexo y ocupación del cuidador primario más dinámica familiar). La dinámica familiar se analizó con la guía diagnóstica de McMaster que incluyó tipo de familia, motivo de consulta a TF, ciclo vital de la familia, estrategias familiares para solución de problemas, comunicación intrafamiliar, roles familiares, expresión de afecto e involucramiento afectivo. Además se tomaron en cuenta el número de sesiones de TF a las que asistieron y la tasa de deserción terapéutica. El análisis estadístico, previo análisis bivariado, se realizó con el modelo de regresión logística binaria no condicional. El nivel crítico de error alfa se estableció a 0.05 en todos los contrastes.

## Resultados

La tasa de mejoría clínica global fue 58.8%. Un 22.6% de las familias no tuvo mejoría y desertaron 8.5% igual o con mejoría y 10.1% sin cambio alguno (gráfico 4).

### Gráfico 4. Evolución clínica de las familias con un integrante discapacitado tratadas por el Servicio de Psicología, Psiquiatría y Terapia Familiar del INR



Como se aprecia (tabla 1), el riesgo de No mejoría se asoció significativamente a los problemas familiares (referidos por la familia o identificados por el equipo de TF) ello fundamentalmente cuando a los problemas emocionales, comunicativos y económicos se sumó la presencia de violencia familiar y farmacodependencia; obsérvese también que la ambivalencia en la disponibilidad para asistir a las sesiones elevó 3.4 veces más el riesgo de No mejoría en relación a las familias que no mostraban dicha ambivalencia; por otra parte, las familias con expectativas bajas a medias tuvieron 2.0 veces más riesgo de No mejoría que las familias con expectativas alta (en este caso la expectativa se midió a través de la elección de cuatro alternativas posibles: 1. Colaborar en la rehabilitación del paciente, 2. Mejorar el área de comunicación, 3. Mejorar el área afectiva y 4. Mejorar las relaciones intrafamiliares; los de baja a media expectativa sólo seleccionaron 1 de las 4 o la combinación de dos de ellas; en cambio, las de alta a muy alta expectativa seleccionaron combinaciones de 3 o 4 de ellas); finalmente, el riesgo fue muy elevado en la familias que tuvieron un promedio de 3.7 sesiones de TF versus aquellas con un promedio de 8.6 sesiones.

**Tabla 1. Factores asociados a No Mejoría de las familias atendidas por Terapia Familiar en el período 2002-2014**

Factores Asociados	Mejoría (n = 199)		OR	IC95%	P
	SÍ (n = 82)	NO (n = 117)			
Problemas familiares (referidos por familia)	23 (28%)	19 (16.2%)	2.0	1.0 - 4.0	0.03
Problemas familiares (identificados por TF)	21 (25.6%)	17 (14.7%)	2.0	0.9 - 4.0	0.04
Disponibilidad ambivalente de asistir a TF	23 (28%)	12 (10.3%)	3.4	1.5 - 7.3	0.001
Expectativas familiares bajas a medias	49 (59.8%)	49 (42.2%)	2.0	1.1 - 3.6	0.01
Número de sesiones a las que asistieron	3.7 +/- 2.3	8.6 +/- 3.7	17.7	1.5 - 2.0	0.0001

El número promedio de sesiones a las que asistieron las familias fue significativamente diferente según el género del paciente (7.2 si eran mujeres versus 5.2 si eran hombres,  $p = 0.04$ ); si el paciente tenía educación mayor a licenciatura la media de sesiones fue de 8.8 versus 6.0 si era menor a licenciatura ( $p = 0.001$ ); así mismo, las familias que resolvían sus problemas de manera instrumental funcional tuvieron una media de asistencia de 7.6 sesiones versus 6.2 de que aquellas que utilizaban otra estrategia de solución de problemas ( $p = 0.05$ ) y, por último, cuando la ocupación del primer familiar era de mandos medios el promedio de sesiones a la que asistieron fue de 8.3 contra únicamente 5.8 si era de mandos superiores ( $p = 0.02$ ).

La deserción sin haber tenido cambio alguno se asoció fuertemente al sexo masculino del paciente ya que del total de deserciones hasta el 80% fueron familias de pacientes del sexo masculino contra 53.1% del sexo masculino en los que no hubo deserciones sin cambio alguno OR = 3.5 (IC95% 1.1-10.9, p = 0.02). Simultáneamente, la deserción sin cambio también se asoció con las familias cuyas expectativas eran bajas a medias con una OR = 2.6 (IC95% 0.9-7.1, p = 0.05).

Terminado el ciclo de sesiones institucionales, la mayoría (75.8%) de las familias decidieron no recontratarse para continuar la TF. Véase (tabla 2) los factores asociados a no recontratación entre los que destacan por la magnitud de la asociación: en primer lugar el haber desertado ya que estos tuvieron un riesgo 6.7 veces mayor de no recontratarse; en segundo lugar el riesgo de no contratación fue 3.2 veces mayor cuando la ocupación del pacientes era diferente a la de estudiante; en tercer lugar también fue 3.2 veces mayor cuando los roles familiares eran idiosincráticos o tradicionales; en cuarto lugar los que no se recontrataron tuvieron una media de 6.1 sesiones versus 8.1 sesiones de los que se recontrataron; finalmente, nótese que la No mejoría representó un riesgo 1.9 veces mayor de no recontratación.

**Tabla 2. Factores asociados a No Recontratación de las familias atendidas por Terapia Familiar en el período 2002-2014**

Factores Asociados	Recontratación (n = 195)		OR	IC95%	P
	NO (n = 148)	SÍ (n = 47)			
Deserción	19 (12.6%)	1 (2.1%)	6.7	0.8-51.9	0.02
Pacientes: ocupación no estudiante	33 (22.8%)	4 (8.3%)	3.2	1.0-9.6	0.02
Roles familiares idiosincrático o tradicional	135 (88.5%)	34 (70.8%)	3.2	1.4-7.2	0.003
Número promedio de sesiones	6.1 +/- 3.5	8.1 +/- 5.1	1.1	1.0-1.2	0.006
No mejoría clínica	68 (45%)	14 (29.2%)	1.9	0.9-4.0	0.03

Finalmente, la regresión logística binaria con el metodo de Wald hacia atrás (tabla 3) sólo seleccionó como factores pronósticos de No mejoría a tres de ellas. Nótese que un mayor número de sesiones constituyó un factor de protección contra la No mejoría; en cambio, escolaridad del paciente menor a licenciatura y la presencia de agresiones y violencia familiar fueron los principales factores de riesgo siendo este último el único significativo.

**Tabla 3. Modelo de regresión logística: factores pronósticos de NO mejoría tras TF de las familias con pacientes discapacitados**

Factores	B	OR	IC95%	P
Número de sesiones	-0.5	0.5	0.04-0.6	0.0001
Escolaridad del paciente menor a licenciatura	1.0	2.8	0.7-10.0	0.12
Agresiones y violencia familiar	1.6	5.3	1.2-24.0	0.02

## Discusión

Como señala Díaz Oropeza,<sup>1</sup> lamentablemente existe escasa literatura sobre estudios empíricos relacionados con la TF no sólo en México sino a nivel internacional. Hay al menos cuatro aspectos que son motivo de discusión entre los expertos:

1. ¿Es realmente eficaz la TF?,
2. Si es o no es, ¿en qué contextos ocurre la comprobación de su eficacia?,
3. ¿Qué tipo de TF es la más eficaz?
4. y ¿Cómo actúa el proceso terapéutico para lograr o no la mejoría clínica?

Respecto al primer punto, en términos generales, de acuerdo a los clásicos estudios de Gurman y Kniskern<sup>2,3</sup>, desde la década de 1970 se estimaba que aproximadamente 66% de las familias mejoraban clínicamente con la TF a través de tratamientos de corta duración (10 a 20 sesiones). En la década de 1970 surgieron reportes puntuales sobre la eficacia de la TF en familias con hijos anoréxicos con una tasa de mejoría del 86%<sup>4</sup>, y con hijos con asma crónica y diabetes con una tasa de mejoría hasta del 90%<sup>5</sup>; por su parte, Howard K. et al<sup>6</sup> señalaba en la década siguiente que, independientemente del tipo de TF, a partir de 8 sesiones mejoraban el 58% de las familias tratadas. Sin embargo, hasta hoy no existen reportes específicos sobre la tasa de mejoría en familias con pacientes discapacitados y, mucho menos, con una amplia gama de tipo de discapacidad como los incluidos en nuestro estudio.

No obstante, la tasa de mejoría de 58.8% que estamos reportando está ligeramente por arriba de la referida por Howard K<sup>6</sup> y colaboradores sin que podamos precisar la diferencia entre los contextos de aplicación de la TF de estos autores y el nuestro. Por otro lado, 58.8% está muy por debajo del 66% señalado por Gurman y Kniskern<sup>2,3</sup> y del 86% de Minuchin<sup>4</sup> respecto a la mejoría en familias con hijos anoréxicos y, por supuesto, del 90% con hijos con asma crónica<sup>5</sup>.

Lo anterior sugiere que una alta eficacia es mucho más difícil de alcanzar en el contexto de familias con pacientes discapacitados especialmente con trastornos de la comunicación (del lenguaje, hipoacusia, disfonía psicógena, retardo del lenguaje y retardo del lenguaje con componente antártico afásico) y del sistema músculo esquelético.

Respecto al tipo de TF (es decir del modelo teórico en el que se base) y sobre todo respecto a cómo actúa el proceso terapéutico familiar para lograr cierto grado de eficacia, no existe consenso alguno a nivel mundial y, en muchos casos, se considera que cualquier modelo es igual de eficaz aunque desde la década de 1980 Stiles W.<sup>7</sup> cuestionaba la hipótesis de que todos los modelos de psicoterapia familiar eran equivalentes.

En nuestro caso, los resultados sugieren que el modelo diagnóstico familiar de McMaster y el proceso terapéutico al que induce (es decir, integrativo, psicodinámico, sistémico) con intervenciones multi e interdisciplinarias, es sumamente recomendable. Empero, para un mejor rendimiento global (diagnóstico y terapéutico) se deberá tomar en cuenta que (además de los problemas emocionales, comunicativos y económicos) la presencia de violencia familiar y farmacodependencia es el principal factor pronóstico de No mejoría, deserción y No recontractación.

Como pudimos observar, la presencia de violencia familiar y farmacodependencia es crucial puesto que, por un lado, se acompaña de ambivalencia en la disponibilidad para asistir a las sesiones y, por otro, incrementa la tasa de deserción, es por ello que en las familias de No mejoría la media de sesiones a las que asistieron fue apenas de 3.7 contra 8.7 de los que sí mejoraron.

Este resultado empírico concuerda con las observaciones de Gurman y Kniskern<sup>2,3</sup> y con las de Howard<sup>6</sup> en el sentido de que son necesarias al menos 8 sesiones para observar alguna mejoría. Es probable que, debido a la presencia de discapacidad en las familias que hemos estudiado el mínimo de sesiones necesarias sea más de 8.

Finalmente, es probable que el aumento explosivo de la violencia generalizada que azota al país, impacte a su vez a las familias mexicanas con el incremento consecuente de la violencia familiar y la farmacodependencia lo cual agravará los problemas de la familias con pacientes discapacitados y, al mismo tiempo, dificultará la eficacia de la TF para ayudar a resolverlos.

## Conclusiones

La tasa de 58.8% de mejoría clínica está por debajo de la reportada por otros autores en el contexto internacional pero en familias sin discapacidad; es probable que en nuestro país las expectativas sobre la eficacia de TF en familias con pacientes discapacitados tienda a ser menor dada la elevada prevalencia de violencia intrafamiliar asociada a farmacodependencia y problemas económicos familiares que constituyó el principal factor pronóstico de no **mejoría clínica en nuestra muestra de 200 familias.**

## Agradecimiento

Agradecemos el invaluable apoyo del Dr. Saúl Renán León Hernández, Jefe de la Unidad de Apoyo a la Investigación del INRLGII, para la realización de este estudio.

## Bibliografía

1. Díaz Oropeza I. La investigación en terapia familiar. EN-CLAVES del pensamiento. 2012: 163-196.
2. Gurman A, Kniskern D, Pinsof W. Research on process and outcome of marital and family therapy. Nueva York. 1986
3. Gurman A, Kniskern D. Family therapy outcome research: knows and unknowns. Nueva York. 1981.
4. Minuchin S, Rosman B, Baker L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge, Harvard University Press. 1978
5. Minuchin S, Baker L, Rosman B. A conceptual model of psychosomatic illness in children. Archives of General Psychiatry. 1975: 1031-1038.
6. Howard K, Kopta S, Krause M, Orlinsky D. The dose-effect relationship in psychotherapy en American Psychologist. 1986: 159-164.
7. Stiles W, Shapiro D, Elliot R. Are all psychotherapies equivalent? en American Psychologist. 1986: 165-180.



## Tips Para Los Viejos Y No Tan Viejos

**Biol. Sylvia L. Núñez Trías**  
Difusión y Divulgación Científica



Entendemos que el viejo es alguien de una edad avanzada o algo antiguo y que no es nuevo o reciente; pero un viejo feliz es un sujeto que vive exitosamente, producto de sus experiencias vividas, sus situaciones emocionales, familiares, sociales, económicas, sanitarias y biológicas.

Es cierto que la vejez es una etapa diferente, el adulto mayor disminuye su velocidad y sus tiempos de reacción son más lentos, pero correctos. El mundo al que se enfrentan es demandante, ¡pero cuidado! que los viejos, actualmente siguen aprendiendo y utilizan todos los medios que se ofrecen para integrarse día a día a la llamada modernidad y su tecnología que les permite incorporarse a la sociedad vigente en plenitud de sus capacidades.



El adulto mayor que actualmente concibe la realidad de la vejez con un estado de salud aceptable, capacidades psicológicas funcionales y participando en una sociedad que la incluya, aportando sus conocimientos y su actualización, puede integrarse también a la productividad aun sin tener conductas semejantes a las de los jóvenes.

Con respecto a la salud del adulto mayor, el avance de la medicina y en específico de la Geriátrica, le facilita una expectativa de vida sana, que aunada a una actitud positiva les convierte en viejos felices.

La importancia del cuidado, el cariño, el conocimiento y la comprensión de esta etapa adulta de la vida por parte de la familia, es fundamental para el bienestar de nuestros mayores.

La incontinencia se puede presentar a cualquier edad y la solución está en hablar con el médico para que determine la causa; no es una enfermedad, es un síntoma que puede presentarse tanto en mujeres como en hombres, y no se resuelve limitando la ingesta de agua, que a la larga afecta la salud. Recordemos que es esencial tomar 2 litros de agua por día, para mantener el riñón saludable. Tampoco se deben evitar las salidas de casa; la convivencia con la familia y los amigos es parte de la vida.

Los sentidos como la audición, la visión, el tacto, y la percepción en general, sufren el efecto de la vejez, a causa de que la rapidez con que el sistema nervioso central procesa los estímulos va siendo menor en la medida que envejecemos. Es conveniente consultar a los médicos especialistas: oftalmólogo y otorrinolaringólogo principalmente.

Usar lentes graduados y auxiliares auditivos permite mejorar la calidad de visión y de audición.

Podemos observar dos formas de envejecimiento: como se siente nuestro anciano ante las limitaciones de la vida activa, y la incongruencia de una mente joven con un cuerpo viejo. Todos los cambios biológicos, físicos sociales e intelectuales que cada vez le hacen más difícil conservar la vida a la que está acostumbrado.

Por otro lado, en algunos casos, el envejecimiento objetivo de sus facultades intelectuales, la aparente pérdida de la memoria, sus dificultades para concentrarse y programar sus actividades, así como, pensar que el viejo pierde aptitudes y las que le quedan son limitadas, es un error. Los adultos mayores tienen muchas posibilidades de desarrollar aptitudes que poseían y aprender otras nuevas.

Posiblemente las han almacenado y ya no las utilizan o lo hacen en diferente forma de como las realiza el joven. Al haber cambiado su situación vital ya no es necesario actuar tan rápida y competitivamente como lo hacen otras personas.

Aquellos viejos que han sobrepasado los 70 años, presentan mayor número de incapacidades funcionales e intelectuales sin ser personas enfermas, es decir, pueden tener un envejecimiento usual y en algunos casos exitosos. Cuando se elaboran programas de estimulación o interés para el anciano, se puede observar que hay muchas aptitudes que tienen almacenadas y que pueden utilizar si se les da la oportunidad.

Si al adulto mayor le cuesta trabajo recordar de forma inmediata, se recomienda hacer ejercicios que fortalezcan la memoria remota y los recuerdos en general.

Es un mito que a mayor edad se aprende menos y que por lo tanto los viejos no pueden aprender.

Es realidad que el aprendizaje tiene en el viejo una excelente capacidad, de ahí que las personas que después de jubilados realizan actividades nuevas.

El tener el tiempo suficiente, hace que no tengan ninguna dificultad para aprender los oficios, juegos

de grupo, y actividades que se realizan en los clubs y escuelas para la tercera edad. Esto se debe a que el aprendizaje depende en parte de la motivación y el interés, y los dos son evidentes en el adulto mayor que no queda encerrado en casa a vivir de sus recuerdos o pérdidas, sino que tiene una conducta positiva.

El aprendizaje se realiza en cualquier momento de nuestra vida, sólo se requiere motivación, y el anciano necesita un mayor tiempo para asimilar los estímulos y aprender, esto y el interés no son privativos de las últimas décadas de la vida.



Las personas viejas o muy viejas no pierden la inteligencia que la persona sana tiene, si ha vivido en ambientes que le dan la oportunidad de ejercitarla; el viejo posee las mismas capacidades de estimular y aplicar su inteligencia si la sociedad y su grupo familiar le dan la oportunidad.

El individuo sano en la tercera de edad no pierde sus capacidades de independencia, decisión, juicio y relación; las supuestas pérdidas se deben más a las barreras de una sociedad cuyos principales valores son la juventud, la belleza, el poder adquisitivo y la producción.

El adulto mayor debe interactuar –no competir– con otros grupos de la misma o diferente edad; utilizar y desarrollar todas las cualidades, experiencias, conocimientos y tradiciones que ha atesorado en el curso de su vida y que desde el punto de vista psíquico no ha perdido.



La experiencia del viejo puede ser vinculada y aun aplicada a la capacidad innovadora de la juventud; los conocimientos se desarrollan, generalizan, enriquecen y cambian, gracias a la vinculación de los conocimientos anteriores con los nuevos. Es conveniente que se asocien las poblaciones jóvenes con las poblaciones senectas, con un abordaje abierto, en donde se puedan aplicar, el conocimiento tradicional, social, psíquico y emocional del adulto mayor, con las innovaciones tecnológicas del joven.

De esta forma lo tradicional y experiencial une el pasado con el porvenir, y lo viejo con lo nuevo.

La realidad señala que la imposición de una u otra idea aumenta y profundiza las diferencias entre el joven y el viejo, la solución está en las dos partes, ya que el anciano tiene un gran saber psicosocial y experiencia laboral, y los jóvenes cuentan con tecnología actualizada y con una facilidad de acceso a los últimos conocimientos y prácticas.

Se piensa que cuando los hijos forman su hogar y salen de la casa de los padres, se queda el nido vacío, como coloquialmente dicen; pero los padres jubilados se sienten de jubileo, eso quiere decir, que pueden dedicar su tiempo para realizar lo que habían dejado pendiente, con libertad, tranquilidad y sin tiempo limitado, como son las actividades culturales, sociales y ocupacionales.

La persona que llega más allá de los 65 años con actividad e intereses propios, apta para realizarlos en forma independiente, con fuerza física y salud

razonable, conservando en forma funcional su inteligencia, y su interacción psicosocial lo satisface plenamente, se dice que ha envejecido exitosamente.

Algunas veces los ancianos sanos físicamente, al suspender sus actividades laborales y jubilarse, sienten un aislamiento social, no tienen un plan nuevo de ocupaciones y se deprimen, más allá de lo esperado, por su cambio de vida. Si la tristeza es constante, de tal manera que interfiere con su vida diaria, se debe pedir una cita con un especialista psicogeriatra o un médico internista con especialidad en geriatría. Este es el momento en que la familia, con su apoyo y su cariño, facilitará la transición a esta nueva etapa de jubileo, muchas veces esperado para sentirse libre del tiempo, para descansar y emprender nuevas aventuras.

Interactuar con personas le permite seguir viviendo una realidad; escuchar la voz, las sonrisas, los comentarios, compartir experiencias, intercambiar novedades. Las relaciones interpersonales hacen sentir que se está vivo, cambian el ánimo y el sentido del humor.

No debemos permitir la inactividad porque los viejos se vuelven más viejos. Manteniéndose activo, el viejo se siente útil; y se le reconoce su saber y su contribución a la comunidad y/o familia.



La vejez no es una enfermedad y no debe ser vinculada a la inutilidad ni a una conducta de resignación.

Los cambios de edad, acumular años y el perder elasticidad son inevitables en todo ser vivo y ese transcurrir de los años, tiempos y días, siempre va unido a cambios de condiciones, pensamientos (positivos o negativos) que sólo son importantes si se observan como parte esencial de una persona y no como el resultado de acumular calendarios.

El adulto mayor podrá vivir su vejez con la calidad que habrá tenido en el paso del tiempo, sin perder la actitud, creando siempre redes de sostén emocional y social, adaptándose a los cambios que la propia civilización sufre, utilizando estrategias compensatorias basadas en su experiencia. La serenidad o impulsividad con que realice sus juicios, y la madurez alcanzada a través de su vida le ayudará a adaptarse a los cambios de la modernidad.

Considerar que el retiro laboral suma la disminución de ingresos mensuales y que la jubilación generalmente nunca es la misma que el sueldo denegado; por eso es necesario que prevean ese desbalance económico antes del retiro. Prever ese desbalance económico antes de la jubilación.

Al mismo tiempo, tener muy claro que las posibilidades de adquisición disminuyen cuando se vive con dependencia de la pensión y se debe tener mucho cuidado en cuanto a la administración de los gastos.

Es conveniente considerar que los cambios en la sociedad aparecen día con día, adaptándose a los mismos según el estrato social al que pertenezcan.

La educación, la posibilidad económica, las familias disfuncionales, desintegradas y el entorno en donde viven marcan la diferencia. La actitud entusiasta y la creatividad de los integrantes del medio social, influye para sortear las carencias en los medios más vulnerables.

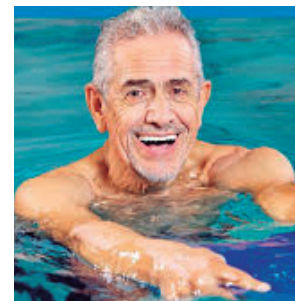
Se hace hincapié en que la población en general considera que heredan genéticamente la fragilidad o la fortaleza de sus organismos, sin tomar en cuenta que hay otros factores de riesgo que se pasan por alto y que son precipitantes para complicar nuestra salud.

Unos de los factores de riesgo más sencillos que deben observarse: son el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, sobrepeso y la dieta.

Si las personas son diabéticas o conocidas con la enfermedad del azúcar en la sangre, su alimentación tendrá que ser controlada en azúcares, o utilizar algunos productos especiales para sustituirla; y cuando se llega a niveles altos se requiere un medicamento controlado por el médico tratante. No se omite que la glucosa en un diabético si no se controla, daña las arterias pequeñas y si no se corrige, pueden causar daños irreversibles como ceguera (retinopatía diabética) o sordera (cortipatía neurosensorial), entre otras.

El tabaquismo es una práctica muy usual y es una de las principales causas de mortalidad en el adulto mayor provocando desde infecciones en el aparato respiratorio, como bronquitis, enfisemas, neumonías, cancer en los pulmones o en la laringe donde se practica una cirugía extirpándola y limitando el habla uno de los sentidos más invaluable como es el poder comunicarse con la voz.

El ejercicio como la caminata, la natación, la gimnasia, los deportes en general, además de darnos el gusto de compartir y convivir muchas veces con los amigos y la familia, nos da la satisfacción de mantenernos en el peso ideal para ser saludables y disfrutar del vivir.



Es muy importante prevenir cualquier actividad que repercuta en dañar nuestra salud y bienestar, el estar jóvenes y gastar nuestro tiempo sin equilibrar con acciones productivas y seguras hasta donde sea posible, se guardarán en nuestra historia de vida y cobrarán las malas decisiones en el camino a la vejez.

Es conocido que la educación en el ser humano, hace conciencia de la importancia y trascendencia de llegar a la vejez razonablemente con salud.

Conocer nuestras debilidades y cambiar algunas costumbres no adecuadas, facilita un mejor camino para llegar saludable, no nuevo, pero cuidando nuestra persona.

Uno es tan viejo como se siente, pero con una actitud siempre positiva, y apoyándose en todas las cosas buenas que se tienen, y que ya no se valoran, porque estamos acostumbrados a tenerlas, pierden importancia. Recordarlas y reconocerlas nuevamente nos ubican en el camino a seguir y mantener los nuevos retos para conservar la vitalidad, el ánimo y alegría para seguir en la aventura de vivir.

Todas las personas mayores son únicas y valiosas, escucharlas con empatía genera confianza, revalidando y respetando su individualidad.

Recomendaciones para el mantenimiento personal: Ejercicio físico de acuerdo a su posibilidad: caminata, bicicleta fija, gimnasia, natación, terapia ocupacional. Para el deterioro cognitivo: leer, jugar ajedrez, resolver crucigramas, socializar en clubs y seguir aprendiendo cosas de tu interés.

No olvidar la dieta recomendada para mantener el peso adecuado a la edad y a la salud. Para cualquier problema de salud, preguntar a su médico y no automedicarse.

La familia pendiente de cómo apoyar al adulto mayor en esta etapa de su vida, podrá disfrutar de las vivencias, y sabiduría acumulada por ellos. Los niños con sus risas, dinamismo, ocurrencias y preguntas y más preguntas, participarán como actores inquietos en la familia del viejo y los no tan viejos.

El premio de llegar a viejo con juventud acumulada, razonablemente inmune, es disfrutar del privilegio de vivir.





**Instituto Nacional  
de Rehabilitación**  
Luis Guillermo Ibarra Ibarra

## CONVOCATORIA

**A todos los compañeros del INR LGII, los invitamos a participar en el Boletín Bimestral de Instituto, en el que puedes publicar artículos relacionados con tu especialidad o hacer de nuestro conocimiento el trabajo que se realiza en tu área.**

**Es también importante enterarnos de sus logros y los premios que reciben por los mismos, dentro y fuera de nuestra Institución. La información anticipada de los cursos o cualquier otro evento, nos permitirá asistir oportunamente, y si no fuera posible, la reseña del mismo nos mantendrá informados de la dinámica de nuestro Instituto.**

**División  
de Difusión y  
Divulgación Científica**



**Recuerda que el Boletín es un medio de comunicación interna, por lo que cualquier sugerencia y/o comentario siempre será bien recibido.**

**Informes:  
Biol. Sylvia Núñez Trías  
Coordinadora Editorial del Boletín Bimestral del INR LGII  
Extensión: 18343**

