

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



**“ DIAGNOSTICO PSICOLOGICO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
FÍSICA POR AFECCION O LESION MEDULAR Y PROPUESTA DE UN
PROGRAMA DE APOYO PSICOLOGICO PARA LAS PERSONAS QUE
RECIBEN ATENCION EN LA UNIDAD DE LESIONES Y AFECCIONES
MEDULARES CON SEDE EN EL INSTITUTO SALVADOREÑO DE
REHABILITACION DE INVALIDOS”**

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

**PRESENTADO POR :
NORA AZUCENA PEREZ CANTON
IRIS JUDITH HERNANDEZ CARRANZA
HUMBERTO JOSE PEREZ GOMEZ**

**COORDINADOR DE SEMINARIO DE GRADUACION
LIC. ISRAEL RIVAS**

**DIRECTOR DE TESIS
LIC. EVARISTO MORALES**

CIUDAD UNIVERSITARIA, ABRIL DE 2003

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES CENTRALES

RECTORA:

Dr. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

VICERECTOR ACADEMICO:

ING. JOSE FRANCISCO MARROQUIN

VICERECTOR ADMINISTRATIVO:

LICDA. MARIA HORTENCIA DUEÑAS GARCIA

SECRETARIA GENERAL:

LICDA. LIDIA MARGARITA MUÑOZ

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

DECANO

LIC. PABLO DE JESUS CASTRO HERNANDEZ

VICEDECANO

LIC. CESAR EMILIO QUINTERO

SECRETARIO

LICDA. MARIA DE JESUS LOPEZ GALAN

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

AUTORIDADES DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

JEFE DE DEPARTAMENTO

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

COORDINADOR DE SEMINARIO DE GRADUACION

LIC. ISRAEL RIVAS

DIRECTOR TESIS

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

AGRADECIMIENTOS

Como grupo investigador deseamos agradecer al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, por su colaboración en especial a la población muestra de la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares, al personal médico y de enfermería, al personal de fisioterapia y a la licenciada Ruth Esther Guevara de Jiménez, psicóloga de la U.L.A.M. en el Centro del Aparato Locomotor.

Al Consejo Nacional de Atención Integral para las Personas con Discapacidad (conaipd) , por el apoyo bibliográfico que nos ayudó a integrar el cuerpo teórico de esta investigación.

Al personal de la Biblioteca Nacional de El Salvador , al personal que labora en la biblioteca de la Facultad de Ciencias y Humanidades ya que nos brindaron los elementos necesarios en su momento durante las primeras etapas de la investigación.

DEDICATORIA

Para lograr una meta siempre es necesaria la ayuda de alguien mas, alguien que esta en el momento justo, que nos alienta y consuela sin esperar nada mas que nuestra felicidad.

Hoy que se ha alcanzado una meta es el momento de retribuir ese gesto y decirles de todo corazón que este logro les pertenece. Por lo que le doy gracias a.....

DIOS

Por que me acompaña siempre y a derramado su amor y bendiciones sobre mi, me ha concedido fortaleza cuando lo he necesitado, por que....."Todo cuanto hacéis, sea de palabra o de obra, hacedlo todo en nombre de nuestro señor Jesucristo, y a gloria suya, dando por medio de él gracias a Dios Padre"(colosenses. 3: 17).

A MI MAMÁ

A la mujer mas fuerte que conozco, me enseñó a luchar y a no darme por vencida por difíciles que sean las cosas.

A MI FAMILIA

A mi abuelita, a Maricela y Amy, a Raquel, Cesar Gracia y Noemí. Que me apoyaron, me brindaron su comprensión y paciencia siempre.

A JORGE

El hombre mas importante de mi vida, me acompañó a lo largo de todo este camino, me aguantó todo lo humanamente posible, estuvo conmigo en las buenas y malas, pero por sobre todo me regalo lo mas hermoso..... su amor.

A MIS COMPAÑEROS

Que le pusieron muchas ganas al trabajo para que el resultado nos llenara de orgullo a todos. Y que a pesar de las dificultades siempre estuvieron ahí.

A MIS AMIGOS

Todos / as me ayudaron como no se lo imaginan, me escucharon, me consolaron me ofrecieron su apoyo en todo momento y me alentaron a seguir adelante a pesar de las adversidades.

GRACIAS

A todos, de cada uno he aprendido algo y a todos dedico este esfuerzo y este triunfo que siempre será compartido con todos ustedes.

Nora Azucena Pérez Cantón

Con todo mi amor para mis seres amados, dedico mi esfuerzo, trabajo, y logros académicos:

A Gloria Judith Carranza Iraheta de Hernández, por haberme dejado en el kinder ese primer día muy difícil para mi y se que para ti fue doloroso dejar a tu niña

A Marcos Ernesto Hernández Castro por desvelarse junto a mi y ayudarme a dormir aquellas primeras noches de mi vida,

Ellos son mis Padres a quienes respeto por ser personas luchadoras y emprendedoras, seres humanos admirables, quienes derraman cariño, comprensión y bondad. Y quienes apoyan incondicionalmente a su hija.

A José Humberto Hernández, Marcos Ernesto Hernández, Edwin Rodolfo Hernández, Karla Marlene Torres Carranza e Irene Marisol Alas Clímaco

Todos ellos(as) mis hermanos, con los que juntos compartí esos primeros días de mi vida escolar y a quienes quiero muchísimo por ser ejemplos de esfuerzo , triunfos académicos y personales .

A mis amigos: Jorge A. Villanueva , Azucena Pérez, Humberto Pérez, y Francisco Sigüenza; a quienes agradezco por permitirme conocerles por que cada uno de ustedes a demostrado que son seres humano maravillosos llenos de virtudes. Han pintado mi vida de muchos colores con su cariño y amor sincero. Siempre los llevo en mi mente y corazón,

finalmente mencionare a Elmer Guardado a quien conocí realizando este trabajo de grado, y quien me enseñó una lección de vida que se aprende teniendo frente a un joven con deseos de salir adelante a pesar de tener al mundo en contra de el.

Iris Judith Hernandez Carranza

Dedico el presente trabajo de investigación a :

Dios porque de el viene la sabiduría, a mis padres Pedro y Gloria Estela por apoyarme siempre, a mis hermanos Juan Manuel y Carmen Estela de quienes he aprendido mucho.

A la comunidad Árbol de Dios integrada por: José Luis, Marta Dalia y Verónica Flamenco; Ricardo y Yanira Valencia; Carlos Guzmán; José Guillermo Alvarado; José Ortiz; Beatriz; Marta Evelyn de Sorto y familia; Raúl Antonio Cea; Armando Coca; a monseñor Urrutia y a toda la comunidad eclesial de la parroquia de la Resurrección.

A mis tíos Georgía, Elisa, Francisco, Alcides y Roberto por ser ejemplo de superación personal y a mi abuelita Conchita por enseñarles a ser “pencones”; a Guillermo Alcides Reyes mi primo y médico de cabecera; a Liliane y a Rodrigo Antonio, a Marina, Danilo y a la Beatriz.

A mis amigas y compañeras de tesis Nora Azucena Pérez Cantón e Iris Judith Hernández, a todos mis primos, amigos y conocidos, gracias por su apoyo que Dios los bendiga.

Humberto José Pérez Gómez

INDICE	PAG.
Introducción.....	x
CAPITULO I	
Planteamiento del problema	
1.1 Situación problemática.....	13
1.2 Justificación del estudio.....	15
1.3 Objetivos de la investigación.....	16
1.4 Alcances y limitaciones.....	17
CAPITULO II	
Marco Teórico	
2.1 <i>Medula espinal anatomía y fisiología</i>	19
2.2 <i>Discapacidad física</i>	30
2.3 <i>Rehabilitación</i>	33
2.4 <i>Vivencia de la persona discapacitada en la sociedad</i>	37
2.5 <i>Teoría humanista existencial</i>	40
CAPITULO III	
Metodología	
3.1 Tipo de estudio	44
3.2 Universo y muestra	44
3.3 Instrumentos	45
3.4 Procedimiento	47
CAPITULO IV	
Análisis e interpretación de resultados	
4.1 <i>Presentación de datos</i>	48
4.2 <i>Integración de resultados</i>	77
4.3 <i>Situación psicológica de los discapacitados</i>	84
4.4 <i>Diagnostico</i>	88
CAPITULO V	
<i>Perfil psicológico de las personas discapacitadas</i>	90
CAPITULO VI	
Conclusiones y recomendaciones.....	101
BIBLIOGRAFÍA	104
ANEXOS	106
PROPUESTA DE PROGRAMA	138
-Anexos de programa	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se ha elaborado tomando en cuenta la necesidad que existe de considerar la realidad de la persona discapacitada en nuestro medio, debido a que existen pocas investigaciones que aborden el tema desde una perspectiva clínica dentro de la psicología y teniendo en consideración aquellos aspectos claves para la rehabilitación de la persona discapacitada como son la personalidad y la calidad de las relaciones interpersonales.

Retomando lo anterior, se planteo la necesidad de un diagnostico que permita identificar elementos importantes de la realidad individual y social del discapacitado, para proponer el perfil psicológico del discapacitado y diseñar un programa de apoyo psicológico orientado a atender aquellas áreas de la persona y del proceso de rehabilitación que ameritan atención.

Para esto fue necesario el planteamiento de objetivos tanto generales como específicos que guiaron el proceso seguido durante la investigación, a la vez que determinaron los alcances y limitaciones dentro de la misma.

Para sustentar la investigación se elaboro un marco teórico donde se plantean los antecedentes del tema: conceptos, causas, tipos de discapacidad, lesión y afección medular; se plantean las características del proceso de rehabilitación y las características psicológicas de las personas discapacitadas, además, se abordan las políticas y leyes nacionales de equiparación de oportunidades para los discapacitados; también se incluye la sustentación teórica en la que se apoyara la investigación.

Se incluye dentro del documento un apartado destinado a la metodología en el que se describe el tipo de estudio, que se realizo, la población y muestra, la

descripción de los instrumentos utilizados, así como el procedimiento seguido dentro del proceso de investigación..

Con los datos obtenidos se elaboro el capitulo de presentación e interpretación de en el cual se encuentran datos numéricos que se presentan en cuadros y gráficos para hacer mas compresivo e ilustrativa la información para el lector.

Para la interpretación se tomo en cuenta la información brindada por, los profesionales que trabajan en el apartado locomotor del ISRI, específicamente en la unidad de lesiones y afecciones medulares, así como de los miembros de la muestra seleccionada para la investigación, y las observaciones realizadas por el grupo de trabajo.

Con todo esta información se logro establecer un diagnostico de forma descriptiva, gracias al cual se logro plantear el perfil psicológico de la persona discapacitada por lesión y afección medular, determinando las dimensiones psicológicas de las propiedades del perfil.

Otro apartado que se encuentra en el cuerpo del trabajo son las conclusiones elaboradas en base a los resultados obtenidos a lo largo de la investigación; así como también recomendaciones, las que se presentan como posibles soluciones a las necesidades y dificultades encontradas.

Para finalizar el grupo investigador plantea una propuesta de programa de apoyo psicológico dirigido a las personas discapacitadas por lesión y afección medular, que tiene como objetivo solventar las necesidades psíquicas que se han visto alteradas por la situación discapacitante.

Para lograr dicho efecto el programa a sido diseñado en diecinueve jornadas divididas en cuatro etapas, en donde cada una de ellas cuenta con su objetivo

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACION PROBLEMÁTICA.

En el salvador, habitan aproximadamente más de 6,000,000 de personas, de entre ellas se considera que el 1.6% presentan algún tipo de impedimento físico¹. En el último censo realizado solo se registró a la población con impedimento físico que es atendida por las instituciones estatales de rehabilitación y habilitación, lo que convierte la información brindada en un dato parcial y aislado dado que éstas entidades solo registran a sus usuarios.

En nuestro país, no existe un sistema de información completo y funcional que registre fehacientemente a la persona con discapacidad, lo cual indirectamente se convierte en una forma sutil de marginación social.

Estimados de la OMS y la OPS determinan que un aproximado del 10% de la población adolece de algún tipo de limitación física, sensorial o intelectual, cifra que se incrementa notoriamente debido a los problemas socioeconómicos, las secuelas del conflicto armado ya finalizado, los desastres naturales ,la delincuencia etc.

Estos mismos factores causan mayor impacto en la población discapacitada, convirtiéndola en un sector aún más vulnerable dada la falta de recursos financieros, tomando en cuenta que son personas que requieren de una atención integral que sus familias difícilmente pueden costear.

Mientras que el estado solo presenta limitados programas de atención integral que apenas cubren las demandas de la población discapacitada debido a que

¹ Dirección General de Estadística y Censo, 1992

no se han integrado la prevención, detención y atención oportuna de las discapacidades dentro del modelo de salud y educación quedando los servicios centralizados en San Salvador, Santa Ana y San Miguel, dejando fuera el área rural lo que conlleva a que la población discapacitada que demanda servicio no pueda ser atendida en forma oportuna, en resumen, la cobertura a nivel nacional aún es baja. (ver anexo 6).

Pero ésta no es la única dificultad que encuentran las personas discapacitadas ya que se enfrentan a muchas otras como: la limitada oferta de servicios para la obtención de prótesis, sillas de ruedas y otros servicios requeridos por la población.

Sumado a las limitadas políticas educativas y normas específicas, así como la deficiente educación, formación técnica y profesional, el desconocimiento de las necesidades y derechos de la persona con discapacidad física, la escasez de recursos humanos voluntarios para los programas de reinserción social y laboral.

Pero no se deben de olvidar aquellas limitaciones relacionadas con la infraestructura de nuestro país como son: las barreras arquitectónicas en edificios de la empresa pública y privada, los caminos y transporte, situación que se agrava aun más en el área rural.

El aspecto psicológico se ve debilitado por los limitados programas de salud mental para las personas que presentan discapacidad y sus familias, esto se debe en parte a que la atención ha sido enfocada en el modelo médico tradicional, el cual se basa en buscar la etiología y patología y su manifestación (a nivel biológico) brindando tratamiento solo a los síntomas somáticos, dejando de lado la evaluación funcional, operativa y psicológica de la persona con

discapacidad física, olvidando que más allá de las limitaciones físicas se encuentra la discapacidad mental, entendida ésta como la actitud asumida tanto por la persona discapacitada como por aquellos que le rodean, los cuales ven al discapacitado/a en forma paternalista asumiendo que no puede valerse por sí mismo/a ni participar en la vida productiva de la comunidad y del país, situando a la persona con discapacidad en un papel pasivo y dependiente.

1.2 JUSTIFICACION.

En nuestro país, factores como la violencia en las calles, los accidentes de trabajo y las lesiones a causa del conflicto armado, son entre otros los principales causantes de que la vida de muchos salvadoreños haya cambiado radicalmente, ya que ahora padecen de algún tipo de discapacidad como efecto de la acción de éstos fenómenos así también se encuentran aquellos que sufren de discapacidad por enfermedades propias de la medula conocidas como afecciones.

Esta discapacidad física suele implicar para la persona marginación y discriminación a la hora de querer participar en una actividad, sea ésta laboral educativa o social.

Como parte de la iniciativa a nivel nacional para atender a la persona discapacitada, instituciones como el ISRI (Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos). trabajan en la rehabilitación de las personas con discapacidad física, por ésta razón el grupo la consideró para la investigación ya que atiende a personas con lesión y afección medular.

Y es con la colaboración de ésta entidad que se buscó tener acceso a la realidad de la persona discapacitada mediante la realización de un diagnóstico

que permitiera conocer las necesidades y aquellos aspectos de la personalidad que se han visto afectados a partir de la discapacidad para poder incidir positivamente en tan importantes elementos.

Al trabajar con la persona discapacitada se buscó garantizar un ambiente con estímulos positivos que sirvieran de incentivo para seguir adelante y permitieran erradicar pensamientos negativos y auto críticos con hechos concretos que le demostrasen a la persona discapacitada que su presencia y su labor son siempre importantes y de mucho valor para la sociedad.

Un diagnóstico de la situación y las necesidades de la persona discapacitada, representa el punto de partida para proponer soluciones viables orientadas a modificar esas actitudes negativas de la persona discapacitada y generar para ella una imagen positiva de si misma que la oriente hacia la independencia y superación personal.

Con base a la información obtenida del diagnóstico, se elaboró un programa que busca ayudar a la persona con impedimento físico a independizarse física y psicológicamente como parte final de su proceso de rehabilitación el cual culmina con la integración a la fuerza laboral de su comunidad.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General:

- Realizar un diagnóstico psicológico de la persona discapacitada en proceso de rehabilitación.

Objetivos Específicos:

- Determinar mediante un diagnóstico psicológico, la forma en que aspectos de la personalidad se han visto afectados a partir de la discapacidad.
- Identificar necesidades psicológicas a cubrir en el proceso de rehabilitación.
- Sistematizar y analizar la información obtenida en el proceso de investigación para elaborar un programa orientado a brindar apoyo psicológico a la persona discapacitada.
- Elaborar la propuesta de un programa psicológico orientado a proporcionar atención a la persona discapacitada

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES:**Alcances:**

- Dar a conocer la realidad actual de la persona discapacitada por lesión y afección medular en nuestro medio a través de un diagnóstico psicológico.
- Determinar el perfil psicológico de la persona con discapacidad física por lesión y afección medular.
- Elaborar un programa orientado a ayudar a la persona discapacitada y a promover en ella la independencia física y psicológica.
- Que el programa sea un aporte a la institución para ser implementado en la rehabilitación de futuros usuarios.

Limitaciones:

- Horarios de las personas y las respectivas actividades que realizan en la institución.

- Situación económica y ubicación geográfica de las personas discapacitadas en relación a los centros de atención.
- Actitud negativa de las personas discapacitadas hacia la atención psicológica.
- Bajo nivel de escolaridad y analfabetismo.

II. MARCO TEORICO

2.1 MEDULA ESPINAL ANATOMINA Y FISIOLOGIA

La médula espinal tiene aproximadamente 18 pulgadas de largo, se extiende desde la base del cerebro. El haz de fibras nerviosas que constituyen la médula espinal por sí mismo son las neuronas motoras superiores, los nervios espinales se ramifican desde la médula hacia arriba y hacia abajo de el cuello y la espalda, son estructuras parecidas a un cordón compuesto de muchas fibras nerviosas, dichas fibras se encargan de transportar mensajes entre el cerebro y las distintas partes del cuerpo.

La médula es un fino cordón de fibras nerviosas protegido por huesos llamados vértebras que en su conjunto se conocen como columna vertebral, esta estructura se divide en cuatro partes que son : a) el área cervical compuesta de siete vértebras, b) el área dorsal compuesta por doce vértebras, c) el área lumbar compuesta de cinco vértebras y d) el área sacra compuesta también por cinco vértebras que están fusionadas y funcionan como un solo hueso, el cóccix.

Las vértebras tienen la doble función de brindar soporte a la postura del cuerpo y proteger la estructura más importante del sistema nervioso, la médula espinal que representa la vía por excelencia de comunicación nerviosa entre el cerebro y todas las partes del cuerpo.

LESION MEDULAR

El término lesión de la médula se refiere a cualquier daño de los nervios dentro del canal espinal. Es un traumatismo vertebro medular que afecta la capacidad

motriz de la persona y compromete la sensibilidad corporal en la zona inferior al lugar de la lesión.²

La lesión medular genera Paraplejía, proceso caracterizado por la pérdida de movilidad y sensibilidad en las extremidades inferiores. Puede afectar o no a los músculos dorsales y del abdomen y producir parálisis completa o incompleta. La incidencia es mayor en hombres que en mujeres y se da en las edades de 16 a 35 años³. Por cada cuatro hombres hay una mujer con lesión medular

Las estadísticas apuntan a que el 50% de las lesiones de médula producen el estado de paraplejía, y dichas lesiones son en su mayoría producto de accidentes de tránsito, deportivos, caídas y heridas por armas de fuego.

Las causas de lesión medular son muy diversas, entre ellas están los traumatismos. En nuestro medio, y de hecho entre las de mayor prevalencia, se pueden mencionar los accidentes de trabajo y de tránsito, la violencia en la calle, los desastres naturales y las lesiones causadas por el conflicto armado.

En la mayoría de los casos de lesión medular, las vértebras pellizcan la médula pudiendo inflamarla o desgarrarla junto con sus fibras nerviosas. Es necesario aclarar que cada lesión tiene sus características muy particulares y puede afectar al cuerpo en formas muy diferentes, en algunos casos más que en otros.

Según el nivel de compromiso motriz, la lesión medular se puede clasificar en: completa, cuando no existe función sensitiva o motora en el segmento sacro inferior, e Incompleta o parcial, cuando la médula conserva parcialmente funciones motoras y sensoriales por debajo del nivel neurológico de la lesión.

² Tratado de Cirugía General, pag. 479,

³ Diccionario de Medicina, Editorial Océano Mosby, 1996

Entre los cambios que ocurren a raíz de una lesión medular cabe destacar los siguientes: pérdida del control voluntario en los músculos, en los esfínteres anal y vesical, incremento en el tono, los espasmos y la espasticidad muscular en algunos casos, pérdida total o parcial de la funcionalidad en el aparato reproductor , y disminución en los reflejos y el tono muscular cuando la lesión se produce en el cono medular o cauda equina, metas bloqueadas bruscamente y dificultades laborales, las cuales hacen difícil el proceso de integración a la vida social.

AFECCION MEDULAR

Al hablar de afecciones medulares se contemplan las diversas patologías o malformaciones que afectan en forma directa o indirecta las funciones de la medula espinal comprometiendo la comunicación nerviosa con órganos, músculos y zonas importantes del cuerpo.

Las enfermedades de la medula espinal con frecuencia tienen consecuencias devastadoras. Al igual que las lesiones pueden producir tetraplejía, paraplejía y déficit sensitivos mucho más intensos de los que producirían en cualquier otra parte del sistema nervioso.

Las causas son variadas y son muchos los factores que interfieren para el apareamiento y desarrollo de una afección presentando cada caso características propias del porqué de esa patología. A continuación se presenta información sobre las diversas afecciones que alteran el funcionamiento de la medula espinal⁴.

COMPRESION MEDULAR POR UN TUMOR. Las neoplasias pueden ser extramedulares (epidurales o intradurales) o intramedulares. En los adultos, la

⁴Principios de Medicina Interna, pag 1285

gran mayoría de las neoplasias tienen un origen epidural, tratándose generalmente de metástasis de la medula ósea, y la propensión que tienen los tumores sólidos a metatizar en la columna vertebral refleja probablemente el alto porcentaje de medula ósea que se localiza en el esqueleto axial de los individuos de edad avanzada.

La médula dorsal es la que se afecta con mayor frecuencia; aunque en su excepción a ésta regla están las metástasis procedentes de tumores prostáticos y ováricos, que en una alta proporción afectan a las vértebras sacras y lumbares.

El primer síntoma es el dolor, que puede ser sordo y localizado o agudo y con irradiación. El dolor indica que se esta produciendo un desplazamiento de las estructuras sensibles al dolor, sobre todo del periostio y de las meninges . el dolor empeora con el movimiento, la tos, o al estornudar.

El dolor precede a los signos de compresión medular en semanas o incluso meses, pero una vez que se produce la compresión medular, esta es siempre progresiva y avanza rápidamente.

INFARTO MEDULAR. Un infarto agudo en el territorio de la arteria espinal anterior produce paraplejia o tetraplejía, perdida disociada de sensibilidad que afecta a las sensibilidades dolorosas y térmicas pero respeta la vibratoria y posicional , y perdida del control de los esfínteres.

El comienzo puede ser brusco y dramático, o progresivo a lo largo de varios minutos u horas. Con frecuencia se refiere a un dolor agudo en la línea media o con irradiación hacia la espalda, localizado en la región de la isquemia. También puede producirse un infarto parcial de la mitad inferior de la medula

(hemiplejía omonoplejía y pérdida cruzada de sensibilidad dolorosa y térmica). Al comienzo puede producirse arreflexia por el shock medular, pero con el tiempo aparece la hiperreflexia y la espasticidad.

El comienzo agudo del dolor, la afectación de los cordones posteriores y la existencia de un nivel medular permite diferenciar a un infarto de la arteria espinal anterior de una compresión medular.

Los infartos medulares se asocian con aterosclerosis aortita, aneurismas disecantes de aorta o hipotensión de cualquier causa. Otros procesos predisponentes son los émbolos cardiogénicos las vasculítis relacionadas con la colagenosis, y el cierre quirúrgicos de aneurismas aórticos.

HEMATOMIELIA. Una hemorragia dentro del tejido de la medula espinal es muy poco frecuente. Puede producirse por traumatismos, mal formaciones vasculares intraparenquimatosas vasculítis secundarias a colearterítis nudosa o lupus eritematosos, trastornos hemorrágicos, neoplasias o infecciones medulares .

La hematomielia se manifiesta como una mielopatía transversal aguda dolorosa. Con lesiones de gran tamaño, la hemorragia puede abrirse al espacio subaracnoideo produciendo un hemorragia subaracnoidea.

Una hemorragia dentro de los espacios subdural o epidural puede comprimir la medula o las raíces espinales. Las manifestaciones clínicas comienzan con un dolor brusco, focal o radicular, seguido de diferentes signos de afectación de la medula o del cono medular.

Actúan como factores predisponentes los traumatismos, los tumores o las discrasias sanguíneas; rara vez son complicados de una punción lumbar o de una anestesia epidural.

ABSCESO EPIDURAL. Se manifiesta como una tríada clínica que comprende dolor, fiebre y pérdida de fuerza rápidamente progresiva. Los abscesos epidurales pueden formarse en cualquier parte del canal vertebral.

Casi siempre existe dolor, bien sea en la línea media a lo largo de la columna, o de tipo radicular. Antes que aparezcan otros síntomas, la duración del dolor puede ser de dos semanas o menos, pero en casos crónicos puede llegar a durar varios meses; es frecuente la fiebre, acompañada de leucocitosis y aumento en la velocidad de sedimentación.

La medula espinal resulta dañada por la aparición de congestión y trombosis venosa, tromboflebitis del espacio epidural, afectación de las arterias espinales o compresión medular. Una vez que aparece la pérdida de fuerza y los otros signos de mielopatía, la progresión suele ser rápida, aunque en algunos casos es gradual.

Son factores de riesgo del absceso epidural la alteración del estado inmune, el consumo de drogas intravenosas y las afecciones de la piel y otros tejidos. Dos terceras partes de todas las infecciones epidurales se producen por diseminación hematológica a partir de la piel, de los tejidos blandos o de las vísceras. Una tercera parte resulta de la extensión directa de la infección local hacia el espacio subdural.

La mayoría de los casos se deben a infecciones por staphylococcus aureus; los bacilos gram negativos, los streptococcus, los anaerobios y los hongos pueden originar también abscesos epidurales.

MIELITIS TRANSVERSA. Es un trastorno inflamatorio agudo o subagudo, generalmente monofásico, de la medula espinal. El primer síntoma suele ser dolor focal en el cuello o en la espalda, seguido de diferentes combinaciones de parestesias, pérdida de sensibilidad, pérdida de fuerza y alteración de los esfínteres, que progresan durante varias horas o días.

Puede producir únicamente leves síntomas sensitivos, o una sección transversal devastadora de la medula espinal. En los casos más graves puede aparecer arreflexia secundaria al shock medular, aunque pronto se establece hiperreflexia; una parálisis arreflexia indica que se ha producido necrosis en múltiples segmentos de la medula espinal

Hasta un 40 % tiene antecedentes de infección o vacunación reciente. Se ha implicado a agentes infecciosos como los virus de la gripe, sarampión, varicela, rubéola, parotiditis y de Epstein-Barr; suele comenzar cuando el paciente parece recuperarse de la infección, no habiéndose aislado agentes infecciosos en el sistema nervioso de las personas afectadas. Estos datos sugieren que la mielitis transversal se produce por una respuesta auto inmune desencadenada por una infección y no por infección directa de la medula espinal.

En la mielitis transversal se encuentra inflamación medular de grado variable y presencia de área difusas o multifocales de señal hiperintensa anormal; la sarcoidosis puede producir una mielopatía transversal subaguda con intensa inflamación medular.

MIELOPATIAS INFECCIOSAS AGUDAS. Este trastorno inflamatorio es la consecuencia de una invasión directa de la medula espinal por agentes infecciosos. El herpes zoster es hoy día el virus que produce mielitis aguda con mayor frecuencia. Otra causa importante de mielitis es la esquistosomiasis.

La mielitis tiene un carácter intensamente inflamatorio y granulomatoso, producido por una respuesta local a las enzimas que digieren los tejidos producidos por los huevos de los parásitos.

MIELOPATIA ESPONDILÍTICA. Los primeros síntomas suelen ser dolor de cuello y hombros; la compresión de las raíces nerviosas produce un dolor radicular en la extremidad superior, generalmente con una distribución C5 y C6.

La compresión de la medula espinal ocasiona una paraplejía espástica lentamente progresiva, en ocasiones asimétrica, y generalmente acompañada de parestesia en pies y manos, es frecuente la presencia de pérdida de sensibilidad en algún dermatoma de las extremidades superiores, la atrofia de la musculatura intrínseca de las manos la hiperreflexia de las extremidades inferiores y las respuestas plantares extensores.

En los casos avanzados aparecen urgencia un incontinencia urinaria. La mielopatía espondilítica es también unas de las causas mas frecuentes del alteración de la marcha en los ancianos.

MALFORMACIONES VASCULARES. Aunque pocos frecuentes, estas lesiones tienen importancia porque representan una causa tratable de mielopatía progresiva. Las malformaciones arteriovenosas suelen tener una localización posterior, dentro de la duramadre o sobre la superficie medular, a mitad de la región dorsal o por debajo de este nivel.

La mielopatía puede empeorar de forma lenta o rápida, o pueden tener periodos de aparente remisión con empeoramientos sobre añadidos. Inicialmente, la mayoría de los pacientes tiene síntomas sensitivos, motores y trastornos vesicales. A veces predomina el trastorno motor, produciendo una mezcla de signos de la neurona motora superior y del inferior.

Otros síntomas sugestivos de las malformaciones vasculares son la claudicación intermitente y el agravamiento de los síntomas que puede producir los cambios de postura, la menstruación o la fiebre.

Las malformaciones que se localizan a nivel cervical o dorsal alto tiene unas características peculiares; ocurren tanto en hombres y en mujeres; tienden a localizarse en la parte anterior mas que en la posterior de la medula, la malformación suele tener un componente intra medular y pueden sangrar.

MIELOPATIAS POR RETROVIRUS. Las mielopatías que se asocian por la infección de los virus linfotrópicos de células T humano tipo 1; se manifiesta por una paraparesia espástica lentamente progresiva con alteraciones sensitivas y vesicales variables.

Afecta característicamente a la medula dorsal y los signos pueden ser asimétricos, a veces falta un nivel sensitivo bien definido y la función de las extremidades superiores puede estar respetada, aunque es frecuente encontrar hiperreflexia en estas extremidades.

El comienzo suele ser insidioso, y el ritmo de progresión es variable, aunque la mayoría de los pacientes deja de caminar a los diez años. No existe

tratamiento eficaz; puede ser útil el tratamiento sintomático de las espasticidad y de los síntomas vesicales.

SIRINGOMIELIA. Es una dilatación cavitada de la medula espinal que puede producir una mielopatía progresiva. La cavidad siringomiélica suele aparecer en la región que comprende la parte cervical baja y dorsal alta de la medula espinal, o en la región cervical alta.

Con mucha menor frecuencia se afecta la medula lumbar o toda la medula espinal. La siringomiélica puede tener su origen por un trastorno del desarrollo de la fosa posterior y del agujero occipital, o por trastornos adquiridos. Mas de la mitad de los casos se asocia por malformación de chiary, en donde existe un protusión de las amígdalas cerebelosas a través del agujero occipital,.

Cuando esta anomalía se asocia con protusión de las meníngeas o de las meníngeas con la medula espinal a través de un canal que no se a cerrado del todo se denomina malformación de chiary tipo 2.

Los casos adquiridos se producen por tumores de la medula espinal intramedulares, traumatismos, o aracnoiditis crónica secundaria a tuberculosis o a otras enfermedades inflamatorias. Algunos casos son idiopáticos. La forma clásica de presentación clínica de este trastorno es un síndrome medular central, con un déficit de sensibilidad disociado y perdida de fuerza y arreflexia en las extremidades inferiores.

La mayoría de los casos comienzan de forma asimétrica con una perdida unilateral de sensibilidad. La aparición de atrofia muscular en la parte baja del cuello, los hombros, los brazos y las manos, con reflejos de estiramiento

muscular asimétricos o abolidos, reflejan la extensión de la cavidad hacia las astas anteriores.

A medida que aumenta de tamaño la lesión, aparece también espasticidad y pérdida de fuerza en las extremidades inferiores, disfunción vesical e intestinal, y en algunos casos un síndrome de Horner.

La siringobulbia puede manifestarse por una parálisis del paladar o de las cuerdas vocales, disartria, nistagmo horizontal o vertical, vértigo episódico o debilidad de la lengua.

Los síntomas comienzan característicamente en la adolescencia o al principio de la edad adulta y de forma insidiosa progresando de forma irregular y pudiendo detener su progresión durante varios años. El comienzo o un deterioro brusco, pueden ocurrir después de un traumatismo, de una manipulación o extensión de cuello, o por una tos pertinaz. Los síntomas progresan con rapidez.

ESCLEROSIS MULTIPLE. La forma primaria de este padecimiento puede manifestarse por una mielopatía progresiva. La afectación suele ser asimétrica con signos de disfunción motora, sensitiva o autonómica.

DEGENERACION COMBINADA SUBAGUDAS. Esta forma tratable de mielopatía se manifiesta por parestesias en las manos o en los pies, pérdida precoz de las sensibilidades vibratoria y posicional y pérdida de fuerza con espasticidad y ataxia. Suele ser difusa más que focal; los signos son casi siempre simétricos y reflejan la afectación predominante de las vías posteriores y laterales de la medula sin que se produzca ningún nivel medular.

TAVES DORSAL. Padecimiento poco frecuente. Los síntomas más frecuentes son dolores instantáneos y repetitivos de carácter lancinantes, que ocurren generalmente en las extremidades inferiores y con menor frecuencia en la espalda, tórax, extremidades superiores y cara.

Los signos cardinales de taves son la arreflexia de las extremidades inferiores, la alteración de la sensibilidad vibratoria y posicional, el signo de Romberg u las pupilas de Argyll Robertson bilaterales, que no se contraen con la luz pero reaccionan con la acomodación.

PARAPLEJIA ESPÁSTICA Y FAMILIAR. En su forma más pura, esta enfermedad se transmite en la mayoría de las familias con carácter autosómico dominante. Se caracteriza por debilidad y espasticidad progresiva de inicio en las zonas distales de las extremidades superiores.

Los primeros síntomas aparecen en la tercera o cuarta década de la vida y la supervivencia suele ser larga, debido que no afecta la musculatura respiratoria. En fases avanzadas suelen aparecer incontinencia y micción intencional a veces asociada a incontinencia fecal, aunque la función sexual suele estar conservada. En algunos pacientes pueden observarse alteraciones de la sensibilidad vibratoria y posicional.

2.2 DISCAPACIDAD FÍSICA

La discapacidad a través de la historia ha tenido una constante social que ha sido la actitud de marginación hacia las personas que sufren de discapacidad física o mental.

Diversas concepciones de naturaleza religiosa y científica han intentado explicar y remediar las deficiencias físicas o mentales en un esfuerzo por encontrar remedios que solucionen la situación y puedan aplicarse a otros casos similares.

El tratamiento de la discapacidad dependía de la concepción utilizada para conocerla. La concepción religiosa recurría a la magia, y la empírica al estudio médico, la predisposición de una operación quirúrgica, o al tratamiento mental a base de remedios o sustancias con propiedades curativas.

En la prehistoria y antigüedad, los ancianos y niños con defectos físicos eran abandonados a su suerte por ser considerados inútiles socialmente. Era frecuente la concepción de que un defecto físico se acompañaba de un padecimiento mental y esto profundizaba la actitud de discriminación hacia la persona con defectos mentales o físicos.

La apreciación hacia la persona discapacitada varía de una cultura a otra y no siempre ha sido negativa, para las culturas orientales el discapacitado mental o físico adquiere un significado religioso.

En la antigüedad los egipcios plantearon la primera concepción de lesión medular definiéndola como *“Una dolencia que no puede ser tratada.”* Esto evidencia cómo las discapacidades se han ido definiendo a través de la historia humana, cuestión que se vuelve difícil ya que cada ciencia hace su propia concepción de deficiencia o discapacidad.

En nuestro medio, situaciones como la pobreza estructural, el conflicto armado y la delincuencia, han dejado huellas en un número considerable de personas

cuyas vidas se han transformado radicalmente a consecuencia de la acción de dichos factores.

Tomando en cuenta la escasez de investigaciones que abordan el tema de la situación de la persona discapacitada, se considera necesario profundizar en dicha realidad para poder ayudar a éstas personas a salir de la situación de marginación a la cual los somete la sociedad por motivo de sus limitaciones físicas.

CONCEPTO DE DISCAPACIDAD:

La condición de discapacidad se entenderá como toda deficiencia física, sensorial o motora que limita de alguna forma la interacción con el medio físico y social que rodea a la persona⁵.

La persona con discapacidad física presenta restricciones permanentes o transitorias para la realización de una tarea psicológica, fisiológica o social debido a su condición, la cual si no es atendida en forma oportuna puede trascender de una barrera física a una psicológica que impida la adecuada interacción y adaptación al entorno material y social.

Es necesario, sin embargo, distinguir entre discapacidad y minusvalía. Discapacidad es toda restricción de la capacidad de realizar una actividad en la forma considerada normal para el ser humano, y minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado que viene dada como consecuencia de una discapacidad. En pocas palabras, la relación entre ellas es de causa y efecto⁶.

⁵ Política nacional y ley de Equiparación de Oportunidades, 2000.

⁶ Psicología y Sociedad, 1992.

2.3 REHABILITACION

Para lograr una integración exitosa de la persona discapacitada a la sociedad es necesario someterla a un proceso de adaptación dada su nueva condición física, este proceso es conocido como rehabilitación, que es un acto de atención en salud y representa un componente importante en la detección y atención de discapacidades⁷.

Para lograr que el proceso de rehabilitación sea efectivo se requiere de un diagnóstico global de la discapacidad y funcionamiento físico, sin dejar de lado el funcionamiento psicológico y social que está ligado a la vida y ambiente de la persona.

En la rehabilitación existen dos elementos claves, la persona discapacitada y su actitud hacia el proceso. Las inquietudes de la persona discapacitada se conocen a través de la interacción con el medio social, familia, médicos y personal involucrado en la rehabilitación, ahí se refleja en acciones y actitudes lo que necesitan los unos de los otros, y lo que la persona con discapacidad física espera de los que le rodean, dada su situación.

Sin embargo, la rehabilitación no se limita únicamente al aspecto físico y de entrenamiento de habilidades, implica también estabilizar el aspecto psicológico y emocional de la persona con discapacidad, para ello se aplica la salud mental de base.

Entendiéndose como un enfoque de atención primaria en salud mental que plantea la atención integral de los grupos vulnerables, se ocupa de las afectaciones enfocándolas como un proceso en el cual hay que ver más allá del daño corporal visible y entender que la persona discapacitada por su condición

⁷ Política Nacional y Ley de Equiparación de oportunidades, 2000.

está disminuida en su poder de interacción, en su capacidad de atender las propias necesidades a través de una relación social, su poder social esta reducido⁸.

La persona discapacitada físicamente se enfrenta a una disminución global y prolongada de la capacidad interactiva, la cual viene a ser el centro de la situación discapacitante desde el punto de vista de la salud mental de base.

La salud mental de base profundiza en las dinámicas internas de la persona, pero antes de eso, se interesa en conocer la situación ó fuente de aparición de la invalidez y el punto de partida para determinar dicha condición limitadora que con el tiempo se convierte en una situación que acaba con la capacidad interactiva de la persona.

A la salud mental de base le interesa la realización de una verdadera rehabilitación que tome en cuenta los intereses de los afectados y que logre abrir espacios para la interacción social la cual es la base de la salud mental a todo nivel y estimula positivamente la movilidad afectiva.

Para éste enfoque de salud mental de base, es importante reforzar en la persona el sentido de identidad individual y colectiva lo que permite que la vulnerabilidad psicológica del sector discapacitado en su propia comunidad se vea reducida por un sentido de independencia producto de la actividad de la persona que representa un aporte significativo a su medio social.

El elemento clave es el estímulo que se utiliza en forma estratégica para hacer dinámico el aprendizaje y lograr un cambio en la realidad de la persona, se

⁸ Salud Mental de Base, 1992.

construye un mundo de oportunidad con los intereses y prioridades de la vivencia de las personas afectadas⁹.

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES:

El 6 de diciembre de 1993 es creado el Consejo Nacional de Atención Integral a la Persona con Discapacidad con la misión de ser el ente rector encargado de formular y coordinar las acciones desarrolladas por los diversos entes públicos y privados que trabajan para la atención integral de la persona con discapacidad¹⁰.(ver anexo 1), y a iniciativa del mismo, el 27 de abril del año 2000 se emite la Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

En el seno del CONAIPD se nombraron ocho subcomisiones las cuales están orientadas específicamente a las siguientes áreas: prevención, educación, rehabilitación profesional, legislación, finanzas, publicidad, relaciones internacionales y rehabilitación integral , todas ellas funcionaron durante 1981.

Para 1982 solo continuaba trabajando la subcomisión de rehabilitación la cual se propuso desarrollar cuatro proyectos que son: la construcción del pabellón para pacientes con lesiones medulares en el ISRI, el equipamiento del pabellón antes mencionado, el reacondicionamiento y equipamiento del taller de prótesis y órtesis del centro del aparato locomotor y la elaboración del proyecto de Política de Rehabilitación Integral y Educación Especial¹¹.

⁹ Programa de Rehabilitación Productiva de Lisiados de guerra de El Salvador PROLI, Revista Tres Años de Alternativa.

¹⁰ Reglamento de la Ley de Igualdad de Oportunidades para Personas Discapacitadas, Secretaria Nacional de la Familia.

¹¹ Revista Vivencias, CONAIPD.

INSTITUCIONES QUE TRABAJAN CON PERSONAS DISCAPACITADAS:

En el servicio de rehabilitación a personas discapacitadas, destaca por su labor y trayectoria, el ISRI (Instituto de Rehabilitación de Inválidos), fundado mediante ley del estado el 22 de diciembre de 1961.

Con la finalidad de ofrecer al discapacitado una oportunidad de rehabilitación integral, la cual abarca tres componentes: rehabilitación funcional, rehabilitación profesional y rehabilitación social, ésta atención es proporcionada en once centros especializados, nueve de ellos se localizan en San Salvador, uno en la ciudad de Santa Ana y uno en la ciudad de San Miguel

La rehabilitación profesional es una etapa que busca que la persona con discapacidad pueda integrarse como miembro productivo a la sociedad y sea capaz de promoverse a sí mismo dentro de su ambiente laboral, pero antes de llegar a esta etapa debe pasar por la rehabilitación funcional ya que no puede desarrollar nuevas habilidades si no logra antes desarrollar las habilidades que su discapacidad le permite¹².

Cuando la persona es remitida a la rehabilitación profesional se le hace una evaluación, superada esta etapa se pasa a la formación y adaptación profesional y finalmente se le coloca en alguna empresa dándole el seguimiento periódico a cada caso.

Como fruto de su iniciativa en la atención a la persona discapacitada el ISRI logró en 1998 un refuerzo presupuestario de 4 millones de colones destinados a mejorar su infraestructura dañada por el terremoto de 1986, actualmente recibe la cooperación técnica de países amigos como Japón y Alemania el cual, en

¹² Ley de Equiparación de Oportunidades para la Persona Discapacitada, 2001.

acción conjunta con la Universidad Don Bosco colaboran en la formación profesional de técnica en fabricación de prótesis y órtesis¹³.

2.4 VIVENCIA DE LA PERSONA DISCAPACITADA EN LA SOCIEDAD

La diversidad pertenece a la naturaleza y por lo tanto también al ser humano, algunos accidentes sociales y culturales así como algunas predisposiciones genéticas o congénitas (adquiridas), han contribuido a una distorsión en la forma de concebir la diversidad y ésta ha quedado marcada con una connotación negativa.

La primera concepción negativa de la diversidad viene de la visión médica que juzga a las afecciones de salud como una enfermedad permanente y una disminución de las capacidades, convirtiéndose en una perspectiva limitada y negativa.

No es de extrañarse que ante un diagnóstico de discapacidad física la persona empiece a percibirse a sí misma como un ser limitado y sin posibilidades lo que repercute en su estado de ánimo y su autovaloración.

A esto se suman aspectos como la situación social, económica y familiar que representan retos a superar en medio de un nuevo estilo de vida que estará marcado por la dependencia física.

Esta situación orienta a la persona con discapacidad a maximizar sus problemas, minimizando sus capacidades y oportunidades. Se concentran en lo que han perdido y se olvidan de las potencialidades que aún tienen a pesar de la discapacidad.

¹³Revista Vivencias, año 2 n° 3 pag. 19.

Un aspecto que contribuye en gran medida a la valoración pobre del si mismo en la persona discapacitada es la exclusión o marginación por parte de la sociedad, dicha actitud representa un refuerzo a la auto concepción que ellos tienen de ser personas nada productivas, una carga para la familia, y la sociedad y un sin numero de conceptos y calificativos negativos que ellos se adjudican y que los inclinan a desarrollar sentimientos de inferioridad y minusvalía que no resultan beneficiosos en la situación que ellos se encuentran viviendo .

La falta de una cultura de adaptación de las estructuras arquitectónicas para el uso de personas con discapacidades físicas, representa otra forma de marginación social que frena las oportunidades de desarrollo social, laboral, educativas y recreativas, generando incomodidad y fortaleciendo en el discapacitado el sentimiento de inferioridad y minusvalía con el que la sociedad lo califica.

Otro tipo de discriminación sutilmente establecida por la sociedad es la de los servicios especiales, es imposible concebir como negativa la existencia de una escuela para ciegos o una escuela para sordos, su labor es importante, pero las oportunidades de socialización que tienen las personas que asisten a estos centros son limitadas ya que interactúan únicamente con personas en su misma condición física, se reduce la oportunidad de contacto social con las personas que no comparten ese tipo de discapacidad.

El hecho de ser institucionalizado o asistir a una institución de atención especial hace que la persona se adjudique a sí misma la etiqueta de vulnerable o minusválida, la cual viene dada socialmente y según sea el caso por la actividad o servicio que presta la institución a la cual la persona será llevada para recibir atención.

Las instituciones y la sociedad misma promueven (sin desearlo en ocasiones) que la persona discapacitada vaya por la vida con el estigma de ser designada como “persona especial” cuando realmente se trata de personas con habilidades y capacidades especiales. Es importante asignar a éste grupo de personas un calificativo que manifieste su condición haciendo valer sus derechos tantas veces ignorados y les permita ser reconocidos y valorados como parte de la diversidad social.

Las personas con discapacidad, mantienen en su condición de limitación física, inquietudes muy humanas y normales como lo es el deseo de trabajar e integrarse a la comunidad productiva, ésta voluntad de desempeñarse en un puesto de trabajo se ve disminuida cuando se dan cuenta de que las oportunidades laborales que la sociedad ofrece para ellos tienen el inconveniente de ser mal remuneradas y en la mayoría de las veces las condiciones físicas de las mismas no están adaptadas a ellos completamente.

Existen factores como el desempleo, la escasez de oportunidades y la actitud hacia la población discapacitada físicamente, que hacen difícil el proceso de reinserción social frenando las oportunidades de desarrollo social y psicológico.

La persona con una limitación física busca en el trabajo la oportunidad de tener una actividad que le permita valerse por sí misma y ejercer cierto control sobre su vida y las situaciones cotidianas, desempeñándose en una profesión u oficio acorde a su educación (sea ésta formal o informal), y sobre todo acorde a sus aptitudes.

Hoy en día existen servicios públicos como el transporte que están en la lista de espera para ser adaptados a las necesidades de las personas con limitaciones físicas ya que un buen número de ellas son usuarios de dicho servicio a raíz de

su situación económica precaria o por la simple necesidad que tienen de trasladarse a lugares considerablemente distantes de sus hogares.

2.5 TEORIA HUMANISTA EXISTENCIAL

La escuela humanista existencial, surge en Estados Unidos en la década de 1950 como un esfuerzo por corregir las visiones limitadas de la naturaleza humana propuestas por el psicoanálisis clásico y el conductismo radical que ven al sujeto como portador natural de conflictos que hacen dinámica su personalidad o como un ente que solo se limita a reaccionar ante estímulos del medio.

El aporte de Rogers y Maslow consiste en ver a la persona como ser humano activo, creativo y con capacidad de experimentar, que vive en el presente y responde en forma subjetiva a lo que percibe, la perspectiva del humanismo se caracteriza por ser positiva y llena de optimismo, plantea la tendencia de la personalidad a crecer y auto realizarse¹⁴.

DESARROLLO PSICOLÓGICO:

El desarrollo psicológico desde el punto de vista de la escuela humanista, se refiere al crecimiento como persona, alcanzar y desarrollar el potencial que se tiene, lo que lleva al ser humano a ser independiente en la solución de sus problemas y asumir la responsabilidad de manejar la propia vida según la percepción que tenga del mundo.

El crecimiento de la persona se logra en la medida en que se desarrolla el autoconcepto que se forma en base a las creencias del individuo acerca de su propia personalidad, la forma en que él o ella la percibe¹⁵.

¹⁴ Teoría de la Personalidad, Engler, Bárbara, 1996.

¹⁵ Idem., pag,378.

COMPONENTES DEL AUTOCONCEPTO:

El autoconcepto está integrado por tres componentes esenciales que son : la autoimagen, la autoestima y el sí mismo ideal. La autoimagen entiende a la imagen corporal como parte del propio cuerpo, esto tiene implicaciones importantes en lo que respecta al género que equivale a la interpretación social de la identidad sexual. El género trasciende de ser un concepto y se convierte en el núcleo de la autoimagen.

La autoestima tiene naturaleza evaluativa, es el grado de aprobación o agrado que la persona tiene hacia si misma, el valor de la autoestima se determina en términos de cuanto difiere del sí mismo ideal (la persona que se desearía ser).

En el desarrollo del autoconcepto existen cuatro factores que influyen notablemente: la reacción de los demás, la comparación con los demás, los roles sociales y la identificación, Argyle (1969-1983). La percepción que otros tienen de las reacciones de una persona influyen en la percepción del sí mismo y en esto tiene un papel importante la percepción interpersonal, lo que se percibe de los demás y viceversa.

Para la fenomenología, la experiencia es la mayor fuente de interacción social, ya que busca describir los datos o lo específico de la experiencia inmediata, convirtiéndose en el estudio de la conciencia y la percepción humana lo importante no es el objeto o el evento por si mismo sino la forma en que lo percibe.

A través de la fenomenológica se percibe a las personas de dos maneras: como objetos físicos que permite asignar a las personas a grupos específicos, y como entidades psicológicas para formarse una impresión sobre el tipo de personas que son, sus intenciones, sentimientos y rasgos de personalidad.

UTILIDAD DEL ENFOQUE HUMANISTA EN LA INVESTIGACIÓN:

El enfoque particular del humanismo existencial resulta aplicable en el caso de la persona con discapacidad, ya que al centrar su atención en ella y en su forma muy particular de percibir el mundo; logra plantear el hecho de que la base de un cambio en la vida de la persona surge partiendo de la realidad psíquica interna y luego, en base al cambio actitudinal individual se puede lograr un cambio en la realidad psicológica externa que incluye las relaciones sociales y laborales.

Con el enfoque humanista la persona con discapacidad puede llegar a comprender que la barrera para su desarrollo no es el ambiente social, si no la forma en que dicho ambiente es percibido utilizando la situación discapacitante como marco de referencia para analizar la propia experiencia de vida.

Se busca sustituir la tendencia natural hacia la desvalorización por una tendencia sana a la valorización del sí mismo entendiendo los defectos o limitaciones como elementos que motivan a efectuar cambios positivos en la personalidad y no como barreras de naturaleza insuperable.

En éste enfoque, la persona con discapacidad descubre el valor y la importancia que tiene para si misma y para los demás, aprende a entrar en contacto con sus sentimientos en vez de negarlos puesto que son ellos los que le permiten valorar las experiencias de su vida transformada a raíz de una situación discapacitante.

Como teoría de la personalidad en psicología, el humanismo representa una perspectiva que ve a la persona como un ente capaz de crecer y autotransformarse y es ésa capacidad la que el grupo investigador pretende

promover en la persona discapacitada para ayudarlo a seguir adelante y así adoptar una actitud más positiva hacia su proceso de rehabilitación.

Para ésta investigación en particular, el humanismo ofrece ventajas por su planteamiento y la orientación en su enfoque de la personalidad, el cual está inclinado a erradicar tendencias cognitivas y emotivas que resultan dañinas para la persona, así mismo, busca explorar y reforzar todas aquellas cualidades positivas que puedan generar un cambio de actitud y un crecimiento individual

Representa una reorientación de las tendencias cognitivas y emotivas hacia una auto percepción positiva del sí mismo que permita llegar al crecimiento personal como producto de una nueva forma de enfrentarse a los fenómenos sociales, con mecanismos que promueven la independencia y la seguridad en sí mismo/a, elementos importantes que la persona discapacitada necesita para continuar con su vida en una situación más favorable para el auto estima y la vida psíquica interna.

En resumen, antes de transformar el exterior, hay que transformar y estabilizar la vida psíquica interior, esto contribuye a que la persona, con una nueva perspectiva de la vida, se enfrente a ése mundo que antes le parecía hostil y lleno de innumerables obstáculos con una actitud positiva y de competencia para resolver los problemas del día y tomar las decisiones que se tengan que tomar.

III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO:

La investigación del tema de trabajo de grado se hizo combinando dos tipos de investigación: exploratoria y descriptiva.

Esta combinación obedece a las necesidades propias del tema investigado, necesidades que impidieron ubicarlo exclusivamente dentro de un solo tipo de investigación, esto debido a que la información existente es escasa y de muy difícil acceso, a esto hay que agregarle que en el país no se ha llevado un control sistemático (no solo estadístico) de las personas discapacitadas por lesión y afección medular y las consecuencias a nivel psicológico que ellos y sus familias han padecido.

Los trabajos que se han realizado en el país solo se han dirigido al área laboral de las personas discapacitadas, por lo que fue necesario explorar acerca de la situación general que ellos viven, para luego retomar las normativas de una investigación descriptiva, que es ir desarrollando cada uno de los aspectos evaluados y estudiados en el proceso de investigación.

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA:

Universo

Se encuentra conformado por todas aquellas personas discapacitadas físicamente por lesión y afección medular a nivel nacional.

Muestra

Esta constituida por 21 personas que presentan condición de Paraplejía por lesión y afección medular y reciben atención en el pabellón de la Unidad de Lesiones y Afecciones medulares del Centro Aparato Locomotor dependencia

del ISRI; Independiente de la edad, genero y lugar de procedencia.(ver anexo 2).

Tipo de Muestreo

Esta fue seleccionada mediante el muestreo dirigido o intencional, que es aquel donde se selecciona los elementos de la población que cumplen con los requisitos que plantea el grupo investigador. Debido a que la institución por la trayectoria y servicios que brinda es representativa de la población a investigar, únicamente las personas que reciben atención en el ISRI y dentro de ella específicamente aquellos con lesión y afección medular, en proceso de rehabilitación, que se encuentran en el pabellón de la U.L.A.M. del Aparato Locomotor serán considerados para esta investigación.

3.3 INSTRUMENTOS:

Prueba H. G. Bell

Cuestionario psicológico que evalúa la adaptación en diferentes áreas, como son : la familia, la salud, emociones, y sociabilidad, para finalizar con un nivel o grado de adaptación general; consta de 144 items a los que se puede responder de dos formas generalmente “sí” o “no”, posee una tercera alternativa de respuesta que es “?” que se utiliza solo si el ítem no se relaciona por ningún motivo con la persona evaluada; la prueba es de administración individual y colectiva , se puede administra a jóvenes y adultos(ver anexo 3). Los materiales que se utilizaron para su aplicación fueron: cuadernillo de preguntas, hoja de respuestas, lápiz borrador y sacapuntas.

La selección de esta prueba se debió a la necesidad de evaluar como las personas discapacitadas se adaptan a su nuevo estilo de vida.

Test PPG-IPG

Inventario de personalidad elaborado por L.V. Gordon, es una prueba que evalúa: ascendencia, responsabilidad, estabilidad emocional, sociabilidad, cautela, originalidad, comprensión y vitalidad; la suma de los resultados de las cuatro escalas PPG que integran la prueba permiten una medida de auto estima; consta de 38 grupos de cuatro reactivos cada uno; se administra individual y colectivamente; aplicable a jóvenes y adultos (ver anexo 4). Los materiales que se utilizan en la administración de la prueba son :cuadernillo de preguntas, hoja de respuesta, lápiz y borrador. Esta prueba fue seleccionada por la amplitud de elementos de la personalidad que evalúa y que fueron utilizados en la elaboración del perfil psicológico de la persona discapacitada por lesión y afección medular. (

La aplicación de las pruebas se realizo de forma individual para aquellas personas cuyo nivel educativo es bajo o nulo, o tienen dificultades en la movilidad de sus manos, y para el caso fueron los miembros del grupo los que les ayudaron leyéndoles los items y ubicando las respuestas en las hojas respectivas, en el caso de las personas con un mayor nivel académico y con capacidad para tomar el lápiz se utilizo la modalidad de auto aplicación.

Guías de Entrevista

a) Dirigida al equipo de profesionales que atiende a las personas discapacitadas del Centro del Aparato Locomotor, en la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares.

Se elaboraron 4 guía de entrevista , que constan de 10 items cada una ; el objetivo que se persiguió fue el de recopilar información acerca de las características y necesidades de las personas discapacitadas por lesión y afección medular que se atienden en la institución. (ver anexo 6, 7,8,9 y 10)

b) Guía de entrevista para personas discapacitadas.

El propósito era conocer sobre los diversos aspectos de la persona discapacitada, tales como: actitud ante la vida, relaciones interpersonales, la familia, etc. consta de 11 ítems aparte del rubro de datos generales.(ver anexo 5) .

Guías de Observación

El objetivo era recoger información de los individuos en su proceso de rehabilitación dentro de la institución. (ver anexo 11).

3.4 PROCEDIMIENTO:

- Se busco información teórica acerca de los discapacitados físicos contactando con instituciones especializadas en el tema.
- Se solicitó permiso para trabajar en el ISRI.
- Presentación del protocolo de investigación a la institución.
- Realización de entrevistas a :
 - A- Personal de institución.
 - B- Personas discapacitadas.
- Administración de pruebas psicológicas estandarizadas a personas discapacitadas.
- Sistematización y análisis de los datos obtenidos.
- Elaboración de diagnostico psicológico.
- Diseño de la propuesta de programa de apoyo psicológico.

IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1 PRESENTACION DE DATOS

Cuadro n°1 que representa las edades de la muestra atendida

EDADES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
11 – 20	7	33.33%
21 – 30	3	14.28%
31 – 40	4	19.04%
41 – 50	4	19.04%
51 – 60	2	9.52%
61 – 70	1	4.76%
TOTAL	21	99.97%

El 33.33% de la población atendida por la U.L.A.M. se encuentra en edades comprendidas entre los 11 y 20 años de edad, le siguen en porcentajes los rangos de 31 – 40 y 41 –50 con un 19.04% cada uno; se sigue con un 14.28% que corresponde a las edades entre 21-30 años, para finalizar con un 4.76% equivalente a los 61-70 años

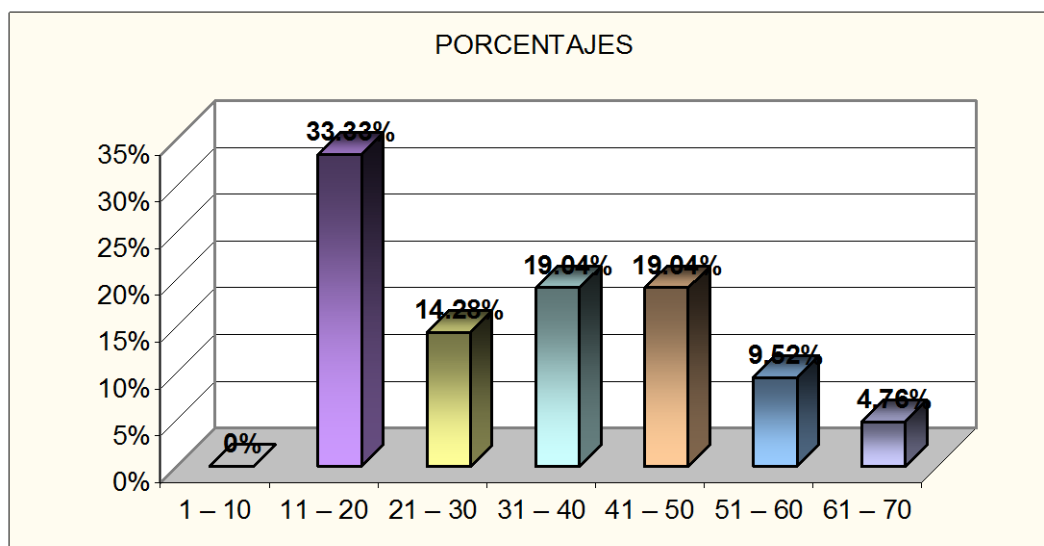


Gráfico n°1 que representa los porcentajes de edad de la muestra

la población atendida en la U.L.A.M. es en su mayoría la pertenecen al grupo de los adulto y adultos mayores, aunque no se debe de obviar el grupo de la población joven que se encuentra presente significativamente .

Cuadro n°2 que representa la frecuencia de la muestra según genero.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	17	80.95%
FEMENINO	4	19.04%
TOTAL	21	99.99%

El 80.95% de la población atendida corresponde a personas del genero masculino y solo el 19.04% a personas del genero femenino.

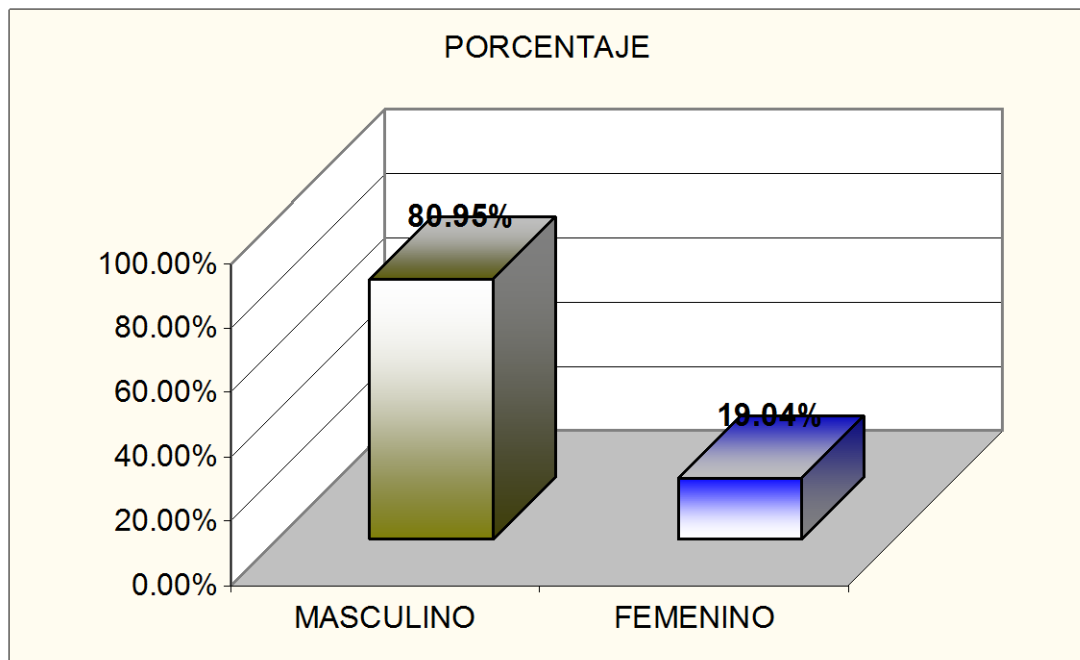


Gráfico n°2 que representa los porcentajes según el genero de la muestra.

El genero masculino es el que enfrenta con mayor frecuencia discapacidad física, esto puede ser a causa del tipo de actividad que realizan. Entre las que se encuentran jornaleros, agricultores, albañiles, mecánicos, etc. que por la naturaleza del trabajo en muchas ocasiones ponen en riesgo la integridad física.

Cuadro n°3 que representa los lugares de procedencia de la muestra

Lugar de procedencia	frecuencia	Porcentaje
San Salvador	15	71.42%
Santa Ana	1	4.76%
Ahuachapan	1	4.76%
Cuscatlán	1	4.76%
Chalatenango	1	4.76%
La Paz	1	4.76%
Sonsonate	1	4.76%
total	21	99.98%

De la población atendida en la U.L.A.M. el 71.42% proviene de San Salvador, mientras que de otros departamentos (Sta. Ana, Ahuachapan, Cuscatlan, chalatenango, La Paz, Sonsonate) solo proviene el 4.76% respectivamente.

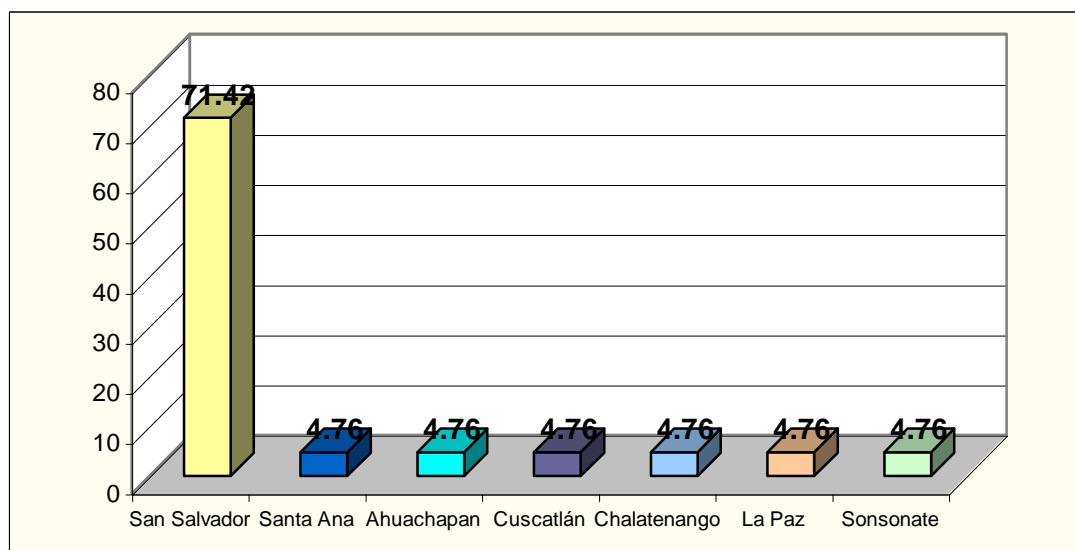


Gráfico n°3 que representa los porcentajes de los lugares de procedencia de la muestra

La mayor parte de la población evaluada y atendida en la U.L.A.M. proviene de san Salvador y una porción de la misma proviene de otros departamentos del interior del país. Los pacientes deciden institucionalizarse en parte debido a la difícil situación que enfrentan.

Cuadro n°4 que representa las causas de discapacidad de la población evaluada

CAUSAS DE DISCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LESION MEDULAR	16	76.20%
AFECCION MEDULAR	5	23.80%
total	21	100%

La mayor parte de la población atendida en la U.L.A.M. un 76.20% es por lesión medular, mientras que el 23.80% es atendida por alguna afección medular

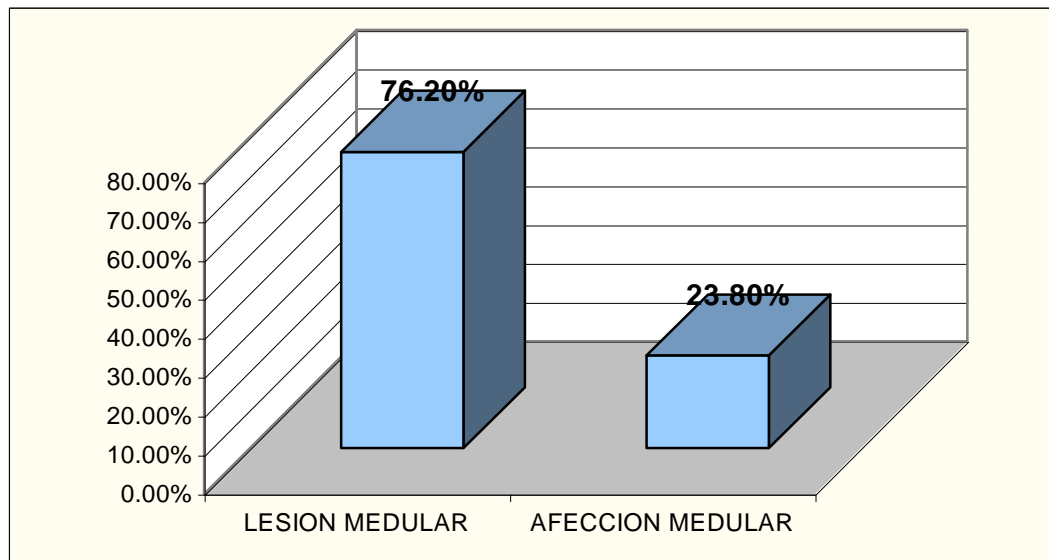


Gráfico de barras n°4 que representa los porcentajes de las causas de discapacidad en la población evaluada.

Este gráfico muestra la tendencia que existe a que en nuestro medio se presente en mayor frecuencia la discapacidad por lesión medular, lo que puede estar asociado a los tipos de actividad que más se desempeñan en nuestra sociedad; mientras que las discapacidades por afección medular están presentes sólo en una cuarta parte de la población y su apareamiento no se encuentra asociado al género, la edad o la actividad que se realiza.

Cuadro n°5 que representa las causas de lesión y afección medular.

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HERIDAS POR ARMA DE FUEGO	3	14.28%
AFECCION MEDULAR	3	14.28%
HERNIAS	1	4.76%
ACCIDENTE DE TRABAJO	11	52.38%
ACCIDENTE DE TRANSITO	1	4.76%
TUMORES	2	9.52%
total	21	99.98%

La causa mas frecuente de discapacidad por lesión medular son los accidentes de trabajo con un 52.38%, seguido de lesiones por arma de fuego con un 14.28% y solo un 4.76% es debido a accidentes vehiculares. Mientras que por afección medular la primera causa son enfermedades de la medula con un 14.28%, en segundo lugar los tumores con el 9.52% y las hernias de tercero con un 4.76%.

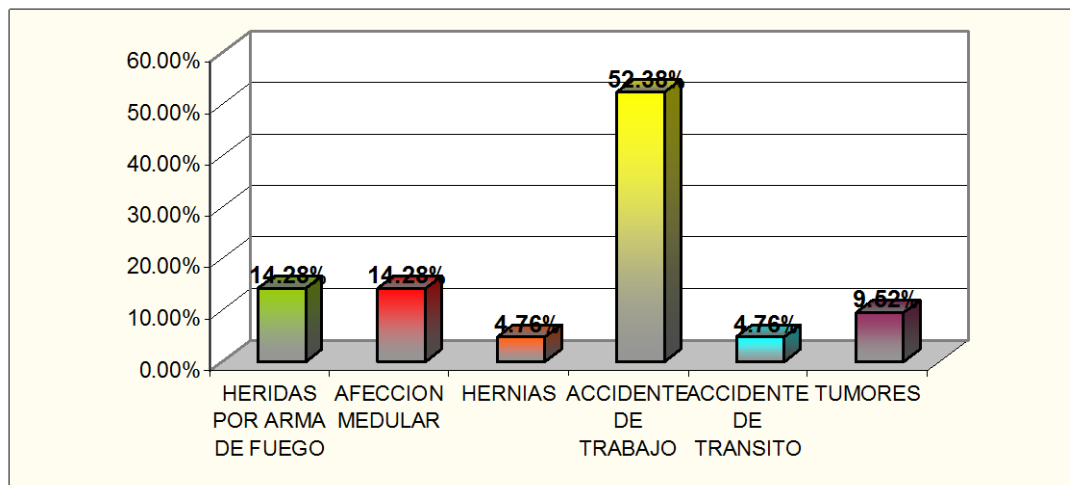


Gráfico de barras n °5 que representa los porcentajes de causas de lesión medular y afección medular

Las causas mas frecuentes de lesión medular son los accidentes asociados a las actividades laborales que se desempeñan en nuestra sociedad. Mientras que la presencia de afecciones medulares no obedece ni a edad, genero o actividad que se realice.

cuadro n°6 que representa el nivel educativo de la población de estudio.

NIVEL ACADEMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nulo	1	4.76%
Primaria	7	33.33%
Secundaria	9	42.85%
Bachillerato	1	4.76%
Universitario	3	14.28%
TOTAL	21	99.98%

El nivel educativo predominante en la muestra es secundaria con un 42.85%, seguido por primario con un 33.33%, se encontró que el nivel universitario es bajo con un 14.28% mientras que el bachillerato y falta de formación académica están representados por el 4.76% de la población cada uno.

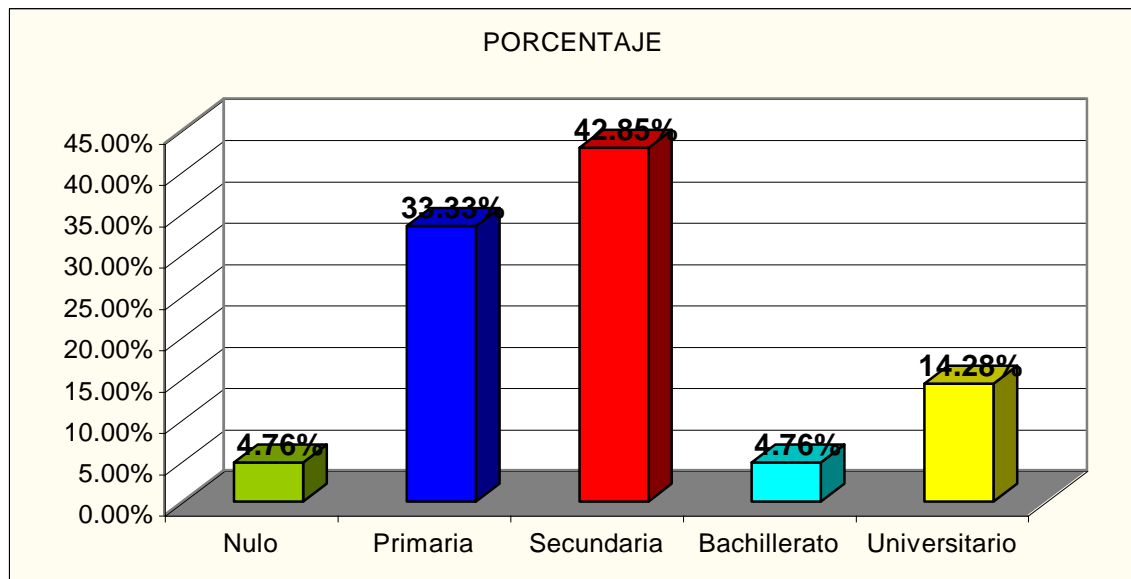


Gráfico de barras n° 6 que representa los porcentajes de nivel educativo de la población.

El factor educación en la población refleja la influencia del nivel económico en la oportunidad de acceder a la formación educativa a nivel medio o superior, ya que en este último rubro se ubica una minoría de los pacientes atendidos en el Centro de Aparato Locomotor.

Cuadro n° 7 que representa las respuestas al ítem n°4 de las personas discapacitadas.
¿CÓMO VE SU SITUACION ACTUAL?.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	16	76.19%
MALA	4	19.04%
INDIFERENTE	1	4.76%
TOTAL	21	99.99%

La situación actual es percibida como buena por el 76.19% de la población atendida mientras que el 19.04% concibe la situación actual como mala y un 4.76% se muestra indiferente ante su situación.

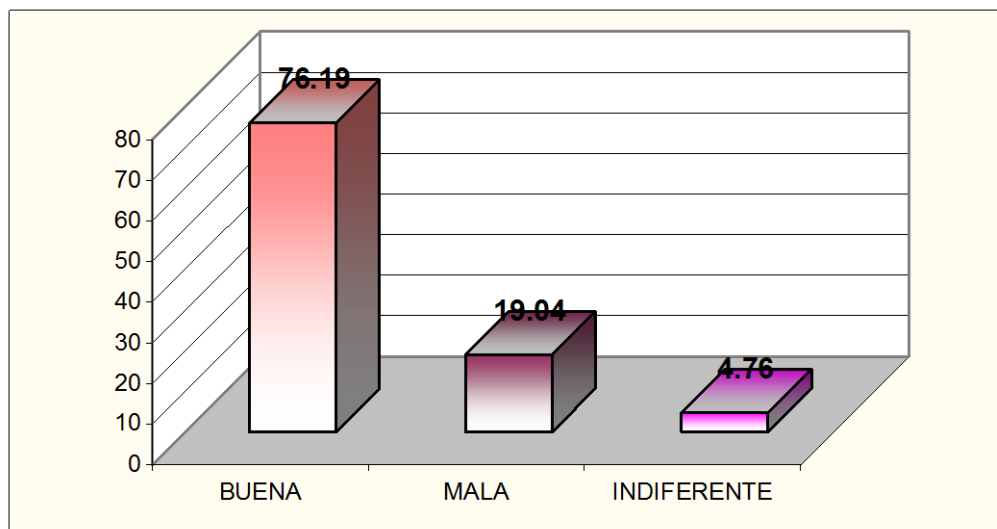


Gráfico n°7 que representa los porcentajes de las respuestas a la pregunta n° 4

Este cuadro refleja la actitud de las personas discapacitadas hacia su situación y como dicha actitud esta está sujeta al grado de afectación que la discapacidad ofrece y rasgos muy particulares de la personalidad de cada uno de ellos y de su situación familiar o social.

Cuadro n°8 que representa las respuestas al ítem 6

¿HA TENIDO MOMENTOS EN LOS QUE SE HA SENTIDO ENOJADO O TRISTE Y QUE LO HA HECHO SENTIRSE ASI?

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENOJADO	1	4.76%
TRISTE	16	76.19%
INDIFERENTE	4	19.04%
TOTAL	21	99.99%

El 76.19% de la población atendida en la U.L.A.M. manifiesta sentir tristeza por la situación que atraviesan actualmente. Un 4.76% se muestra enojado y un 19.04% presenta indiferencia ante la situación que enfrenta

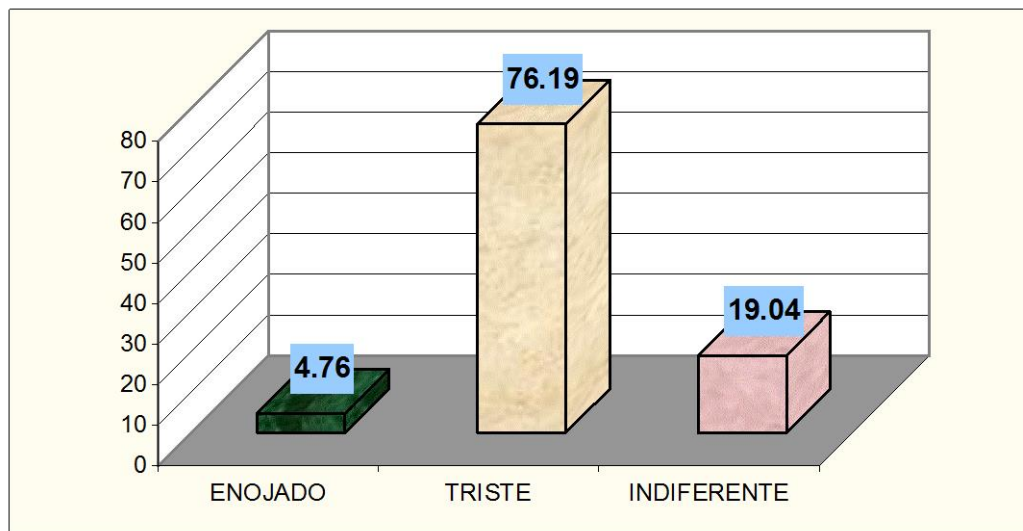


Gráfico de barra n°8 que representa los porcentajes de las respuestas obtenidas en la pregunta 6 a los discapacitados

El estado emocional guarda relación con la forma en que se percibe la propia discapacidad y con un conjunto de situaciones sociales como la dependencia hacia la familia y el personal que les incomoda, generando sentimientos de minusvalía que lleva a la tristeza en la mayoría de ellos.

Cuadro n°9 que representa las respuestas obtenidas en la pregunta n°7.

¿TIENE SIGNIFICADO LA VIDA PARA USTED?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	76.19%
NO	4	19.04%
NO SABE	1	4.76%
TOTAL	21	99.99%

El 76.19% de la población atendida manifiesta que la vida posee significado para ellos; esto frente a un 19.04% que sostiene que la vida no tiene significado y un 4.76% no sabe responder.

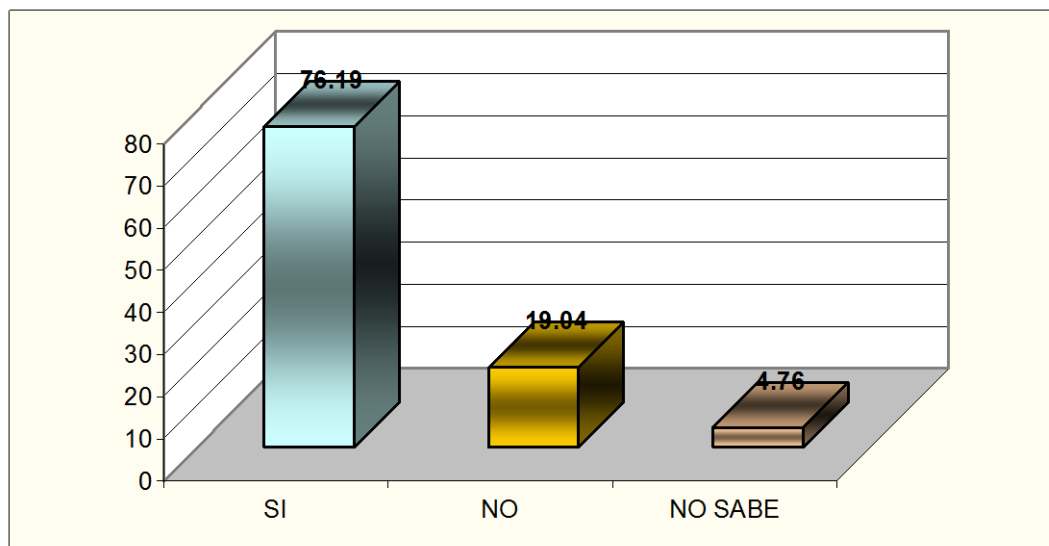


Gráfico de barra n°9 que representa los porcentajes obtenidos en la pregunta n°7.

En este gráfico se puede apreciar que en su mayoría la población discapacitada tiene una visión positiva de la vida que contempla la esperanza de mejoría y solo una pequeña parte de la misma se ve influenciada por la idea de que la vida carece de significado o que no es posible definirla, esto obedece al nuevo estilo de vida que han adquirido involuntariamente.

Cuadro n°10 que representa la frecuencia en las respuestas al ítem °8 en la entrevista a los discapacitados.

¿QUÉ METAS TIENE USTED A CORTO Y A LARGO PLAZO?.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CORTO PLAZO	17	80.95%
LARGO PLAZO	4	19.04%
TOTAL	21	99.99%

El 80.95% de la población tiene metas y proyectos a corto plazo y solo el 19.04% de la población se han propuesto metas a largo plazo.

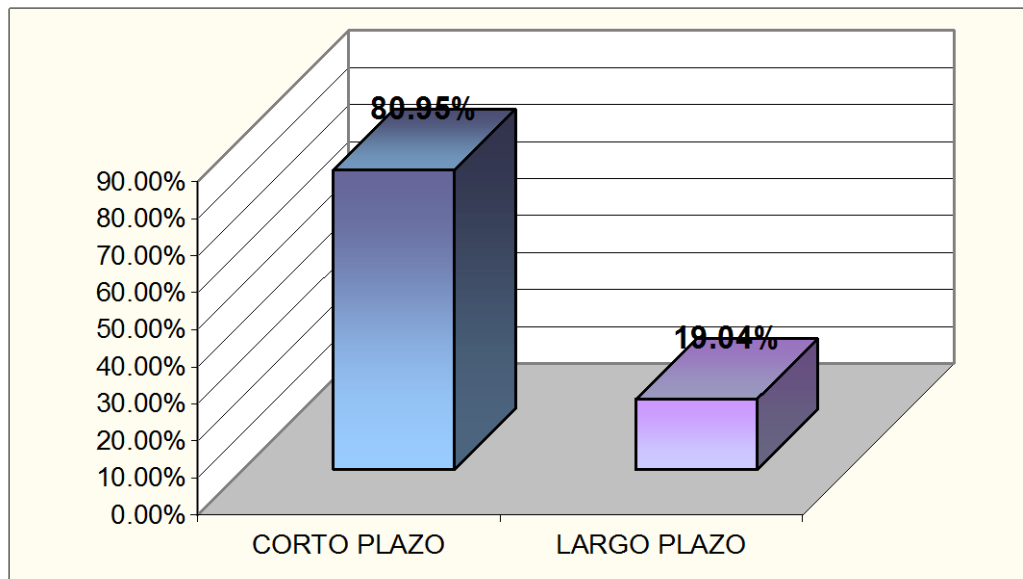


Gráfico de barras n°10 que representa los porcentajes de planes y metas que las personas se han trazado en sus vidas.

Este gráfico expresa la tendencia en la población a trazarse metas cuya realización es casi inmediata y que en su mayoría están relacionadas a lograr avances en el proceso de rehabilitación física.

Cuadro n°11 que representa la frecuencia de las respuestas en el ítem 9.

¿ COMO SE SIENTE CON RESPECTO A SU FAMILIA?.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RELACION ADECUADA	16	76.19%
RELACION INADECUADA	5	23.80%
TOTAL	21	99.99%

En un 76.19% de la población se presentan relaciones familiares adecuadas, mientras un 27.80% sostiene relaciones familiares inadecuadas.

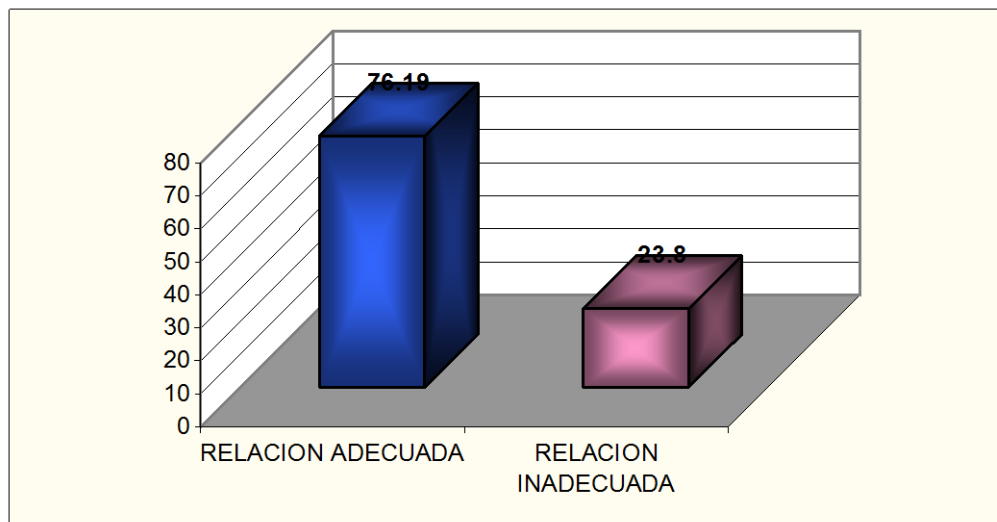


Gráfico de barra n°11 que representa los porcentajes obtenidos en la pregunta n°9.

La mayoría de las personas discapacitadas que conformaron al muestra mantienen buenas relaciones con sus familias debido a que se sienten apoyados por ellos; los que perciben mal la situación familiar son aquellos cuya actitud hacia la discapacidad es notablemente negativa y eso deteriora sus relaciones sociales.

Cuadro 12: que representa las respuestas de los discapacitados en el ítem 10.

¿HUBO CAMBIOS EN LA RELACION CON SU FAMILIA A RAIZ DE SU SITUACION?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI HUBO CAMBIO	9	42.85%
NO HUBO CAMBIO	12	57.14%
TOTAL	21	99.99%

Las relaciones familiares se han visto modificadas en un 42.85%, mientras que el 57.14% no ha sufrido cambios.

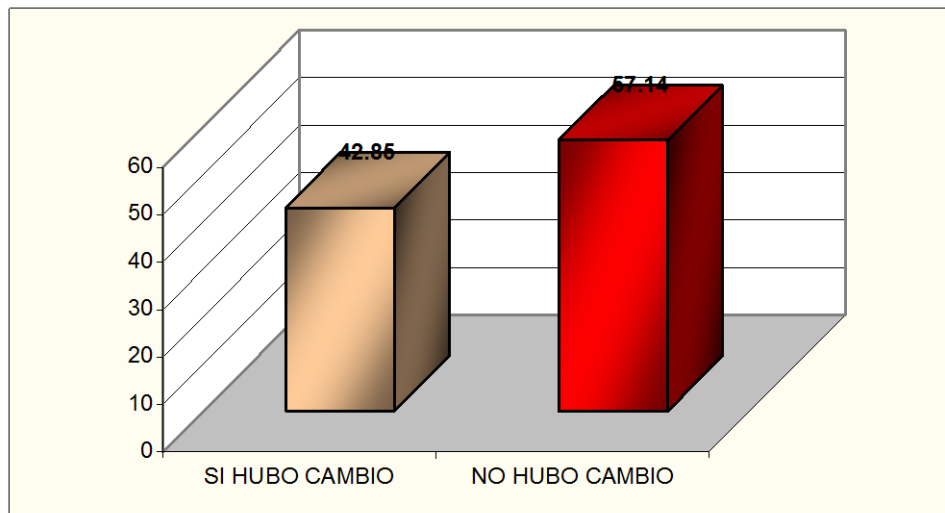


Gráfico de barra no. 12: que representa los porcentajes en las respuestas del ítem 10.

La situación de discapacidad influye en las relaciones con el grupo familiar ya sea estrechando los lazos ya existentes o creando nuevos lazos de unión afectiva que no existían o se habían deteriorado antes de la adquisición de la condición discapacitante.

Cuadro no. 13-A: que representa las respuestas dadas al literal a de la pregunta 11.

¿LOS SERVICIOS QUE BRINDA LA INSTITUCION EN RELACION A :

A- FISIOTERAPIA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	19	90.47%
MALO	1	4.76%
REGULAR	1	4.76%
TOTAL	21	99.99%

Los servicios de fisioterapia brindados por la institución son considerados como buenos por el 90.47% de la población, mientras que es considerado como malo y regular por un 4.76% respectivamente.

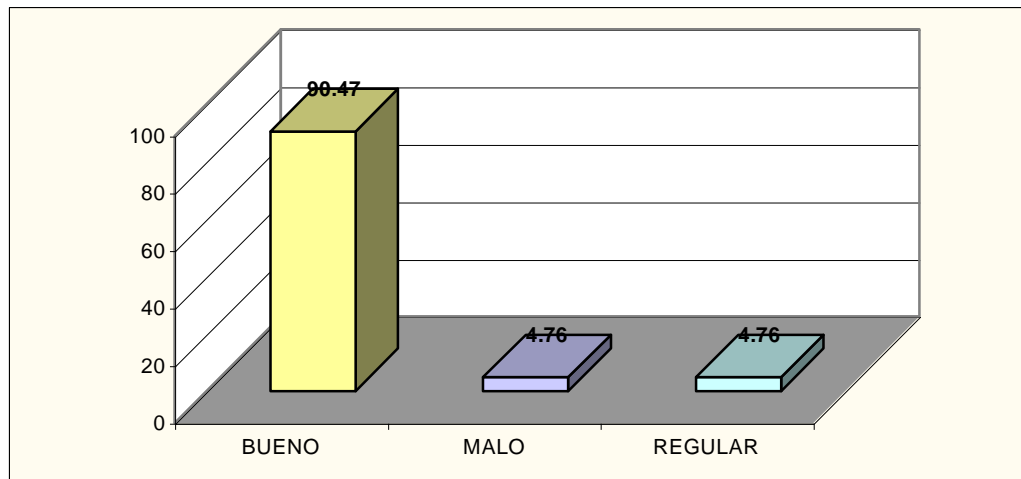


Gráfico de barra no. 13-A: que representan los porcentajes dados al literal a de la pregunta 11.

Es evidente la importancia que las personas le dan a la fisioterapia debido a que los avances en ella son un elemento que motiva a seguirse esforzando para lograr la propia rehabilitación. Genera una actitud mas positiva mejorando estado de animo y autoestima.

Cuadro no. 13-B: que representa las respuestas en el literal b de la pregunta 11.

¿QUÉ OPINA DE LOS SERVICIOS DE LA INSTITUCION?.

B-MEDICOS.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	8	38.09%
MALA	3	14.28%
REGULAR	10	47.61%
TOTAL	21	99.98%

El 38.09% de la población considera que el servicio medico es bueno, mientras que un 47.61% considera que la atención medica es regular; y solo un 14.20% la considera mala.

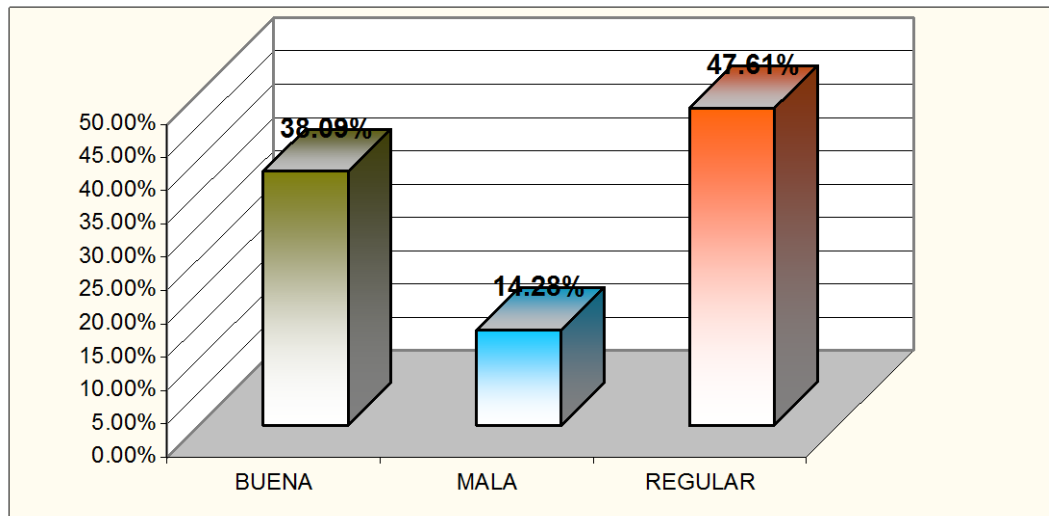


Gráfico de barra no 13-B: que representa los porcentajes de respuestas al literal b de la pregunta 11.

La actitud hacia la atención medica se basa en los criterios de calidad humana de doctores y enfermeros, lo oportuno y diligente que ésta puede y el hecho de que los descuidos en ella implican molestias para la persona discapacitada, bajo estos criterios casi la mitad de la población opina que el servicio posee ciertas deficiencias.

Cuadro no. 13-C que representa las respuestas del literal c de la pregunta 11.

¿QUÉ OPINA DE LOS SERVICIOS DE LA INSTITUCION?.

C- ENFERMERIA.

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	8	38.09%
MALA	4	19.04%
REGULAR	9	42.85%
TOTAL	21	99.98%

El 42.85% de la población considera que el personal de enfermería brinda un servicio regular, seguido por el 38.09% que lo considera como bueno; mientras que el 19.04% opina que la atención brindada es mala.

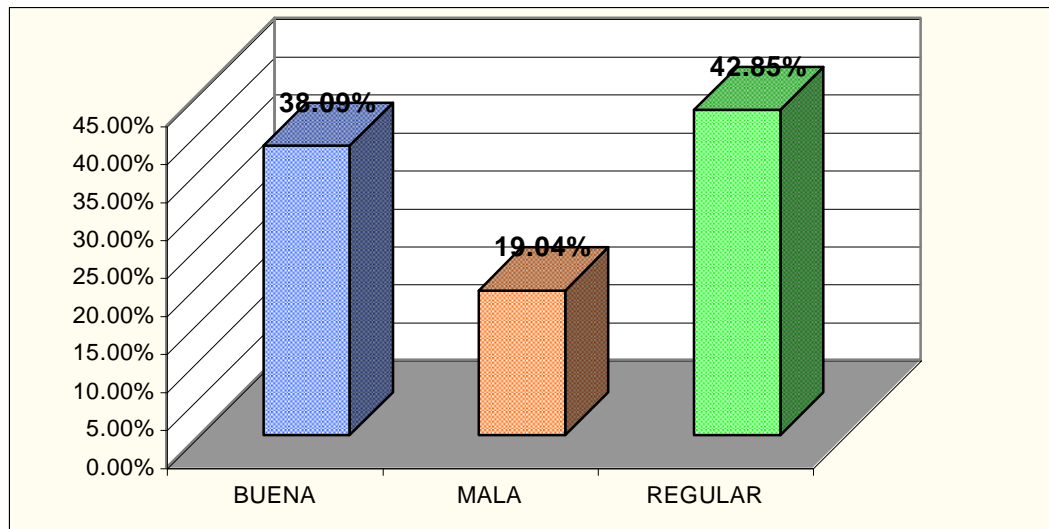


Gráfico de barra no. 13-C que representa los porcentajes de respuesta obtenidos en el literal c de la pregunta 11.

Bajo los criterios de diligencia y calidad humana por parte del personal de enfermería. las personas discapacitadas establecen que este servicio es de calidad pero tiene sus deficiencias en parte debido a que es poco el personal y esto hace que repartan su tiempo en otras actividades y por ello descuidan a los pacientes.

ADAPTACION FAMILIAR- H G BELL

Cuadro no. 14 que representa la adaptación familiar según H.G. Bell.

ADAPTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	0	0 %
BUENA	1	4.76%
PROMEDIO	11	52.38%
INSATISFACTORIA	4	19.05%
MUY INSATISFACTORIA	5	23.80%
Total	21	99.99%

En relación a la adaptación familiar la mayoría se ha ubicado en adaptación promedia con un 52.38% le sigue el 23.8% con adaptación muy insatisfactoria, mientras que el 19.05% presenta una insatisfactoria adaptación y solo el 9.52% muestra una buena adaptación familiar.

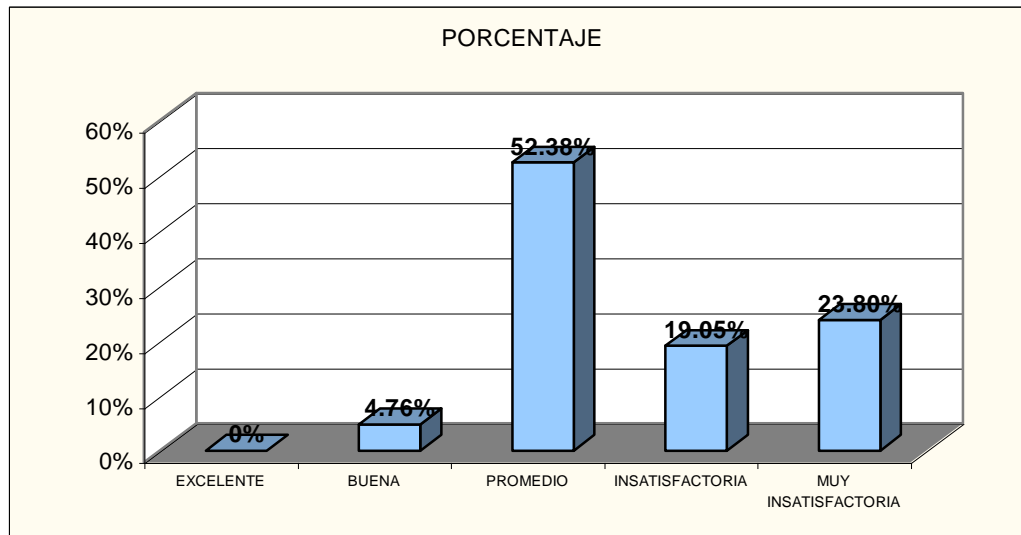


Gráfico de barra no. 14: que representa los porcentajes del grado de adaptación familiar según H.G. Bell.

La mayoría de la población muestra una adaptación promedio con relación a su familia, esto debido a que el apoyo se ha mantenido durante el internamiento pero una parte considerable de la población indican que esta relación es insatisfactoria esto obedece tanto características de personalidad del paciente como a rasgos del grupo familiar.

ADAPTACION A LA SALUD-H.G.BELL.

Cuadro no. 15: que representa la adaptación a la salud en H.G.Bell.

ADAPTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	0	0%
BUENA	2	9.52%
PROMEDIO	9	42.85%
INSATISFACTORIA	7	33.33%
MUY INSATISFACTORIA	3	14.28%
Total	21	99.98%

El 42.85% de la población muestra un nivel de adaptación promedio seguido por un 33.33% que presenta una adaptación a la salud muy insatisfactoria mientras que el 14.28% tiene una adaptación muy insatisfactoria y solo el 9.52% muestran una buena adaptación a la salud.

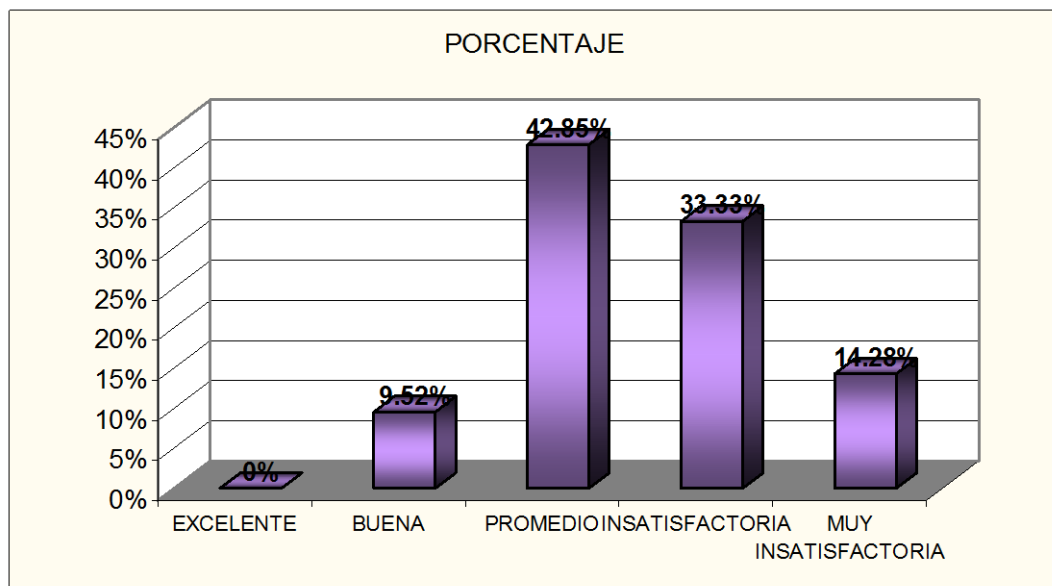


Gráfico de barra no. 15: que representa los porcentajes y el grado de adaptación a la salud.

La adaptación a la salud es deficiente debido a la situación por la que atraviesan estas personas y en muchos casos debido a la somatización que hacen de los dificultades que enfrentan o como una forma de llamar la atención de quienes los rodean.

ADAPTACION SOCIAL -H G BELL.

Cuadro no. 16 que representa a la adaptación social por H.G.Bell.

ADAPTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	0	0%
BUENA	8	38.09%
PROMEDIO	10	47.61%
INSATISFACTORIO	2	9.52%
MUY INSATISFACTORIO	1	4.76%
Total	21	99.98%

En el área social se a encontrado que la mayoría muestra una adaptación promedia con un 47.61% seguido por una adaptación buena por un 38.09% luego se encuentra un 9.52% con adaptación insatisfactoria y para finalizar con un 4.76% que presenta una muy insatisfactoria adaptación social.

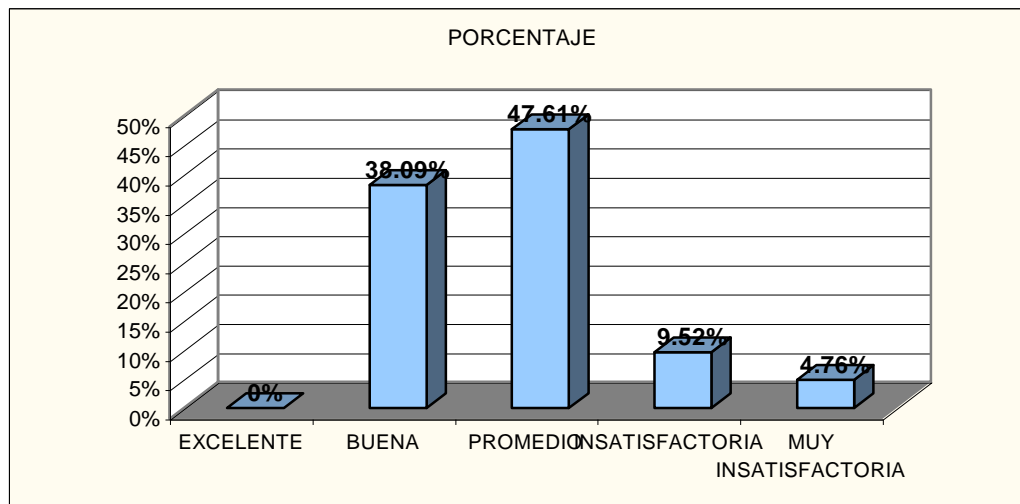


Gráfico de barra no. 16 que representa los resultados en porcentajes del grado de adaptación social de H.G.Bell.

se puede decir que la las personas discapacitadas les gusta establecer contactos sociales, los cuales se ven influenciados por la busque de satisfacción de alguna necesidad; o solo se ve limitado a ciertas características entre las personas.

ADAPTACION EMOCIONAL -H G BELL.

Cuadro no. 17: que representa los niveles de adaptación emocional de H.G.Bell.

ADAPTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	1	4.76%
BUENA	6	28.57%
PROMEDIO	6	28.57%
INSATISFACTORIA	3	14.28%
MUY INSATISFACTORIA	5	23.8%
Total	21	99.98%

Se ha encontrado que en adaptación buena y promedio se ha ubicado el 28.57% de la población para cada uno de los rubros, mientras que el 23.80% muestra una muy insatisfactoria adaptación emocional, seguido de un 14.28% que presenta una insatisfactoria adaptación, y solo el 4.76% muestra una excelente adaptación emocional.

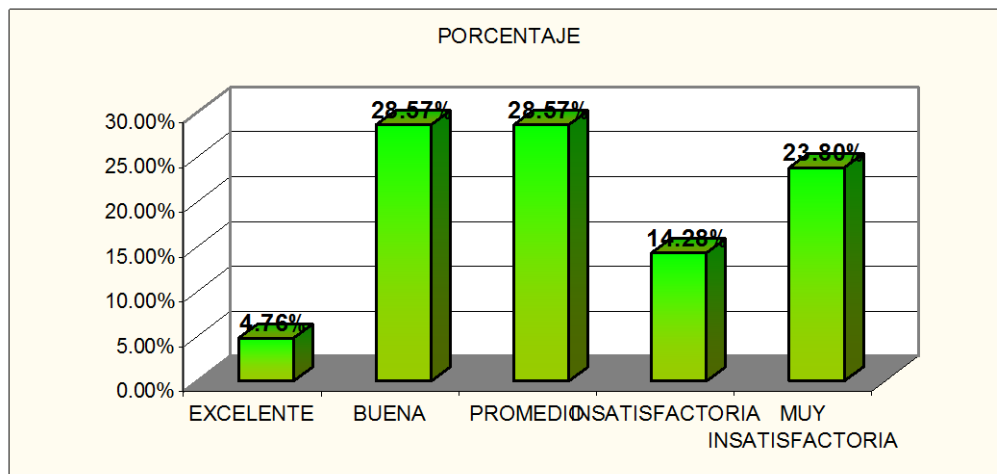


Gráfico de barra no. 17: que representa los porcentajes del grado de adaptación emocional de H.G.Bell.

El nivel de adaptación emocional de las personas esta sujeto a factores particulares de la personalidad del paciente y a las circunstancias sociales en las que vive su discapacidad.

ADAPTACION GENERAL - H GBELL.

Cuadro no. 18: que representa el nivel de adaptación general según H.G.Bell.

ADAPTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	0	0%
BUENA	0	0%
PROMEDIO	10	47.61%
INSATISFACTORIA	7	33.33%
MUY INSATISFACTORIA	4	19.09%
Total	21	99.98%

En los resultados obtenidos en H.G.Bell se encontró que los niveles de adaptación del 47.71% de la población están en un nivel promedio, seguido por un 33.33% que presenta una adaptación insatisfactoria, mientras que el 19.9 % muestra un nivel de adaptación muy insatisfactoria.

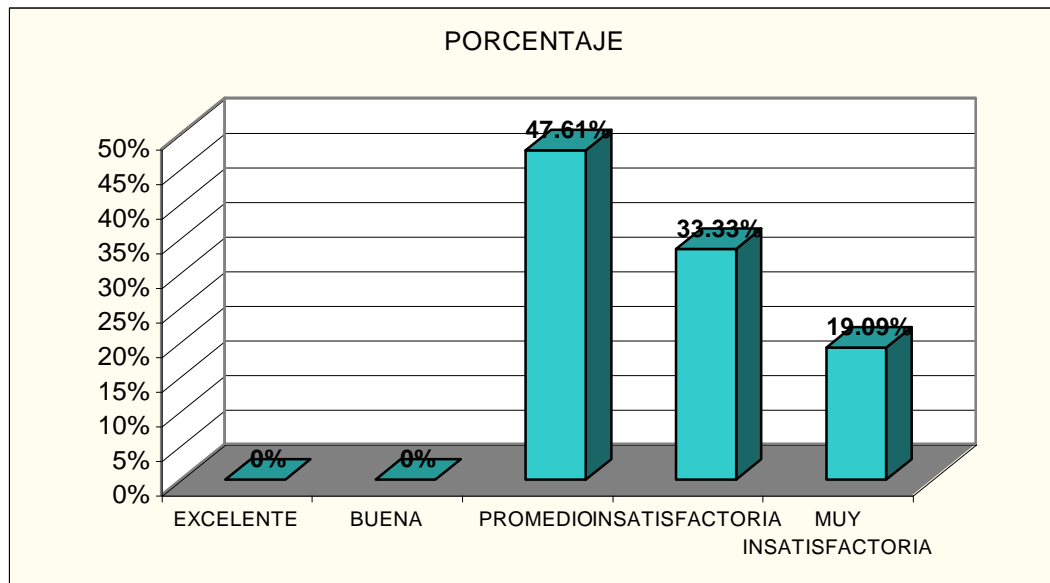


Gráfico de barra no. 18: que representa el grado de adaptación y los porcentajes generales de H.G.Bell.

la adaptación general guarda relación con la experiencia y cualidades de la personalidad de cada uno de ellos, eso permite asumir una actitud ante la discapacidad que como se observa posee ciertas deficiencias.

RESPONSABILIDAD-PPG.

Cuadro n °19 que representa los percentiles obtenidos en la escala.

PERCENTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	3	14.28%
MEDIO	6	28.57%
BAJO	12	55.14%
TOTAL	21	99.99%

Este rasgo evaluado por la escala PPG indica que la responsabilidad se ubica en un percentil bajo para un 55.14% de la población, seguido por un 28.57% que se ubica en los percentiles medios, ubicando en tercer lugar a los percentiles altos con un 14.28%.

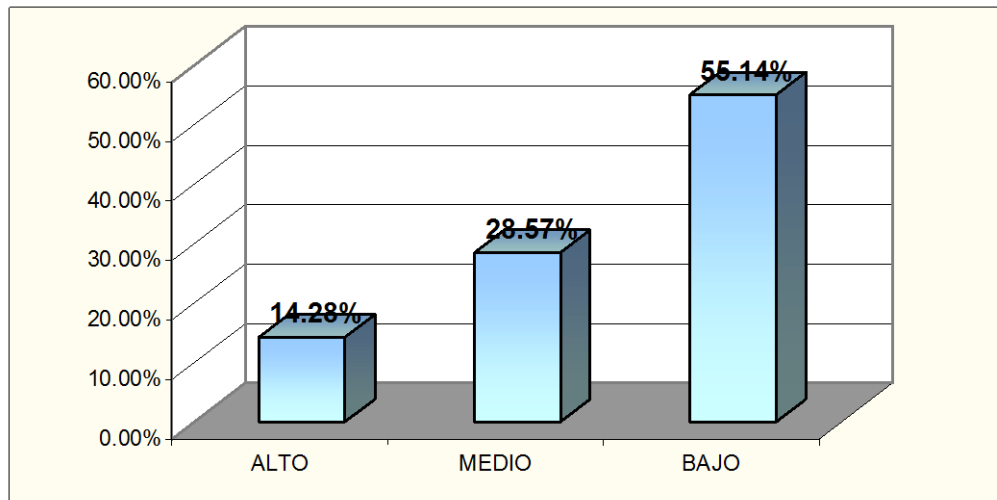


Gráfico de barras n°19 que representa los porcentajes de los percentiles obtenidos en la escala.

La dependencia al convertirse en un estilo de vida, influye disminuyendo la tendencia a la responsabilidad como un rasgo del carácter en la persona discapacitada.

ASCENDENCIA-PPG.

Cuadro n°20 que representa los niveles obtenidos en la escala.

PERCENTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	2	9.52%
MEDIO	5	23.80%
BAJO	14	66.66%
TOTAL	21	99.98%

El 66.66% de la población evaluada presenta percentiles bajos en los resultados de la prueba, el 23.80% indican percentiles medios y el 9.52% se ubica en un nivel alto.

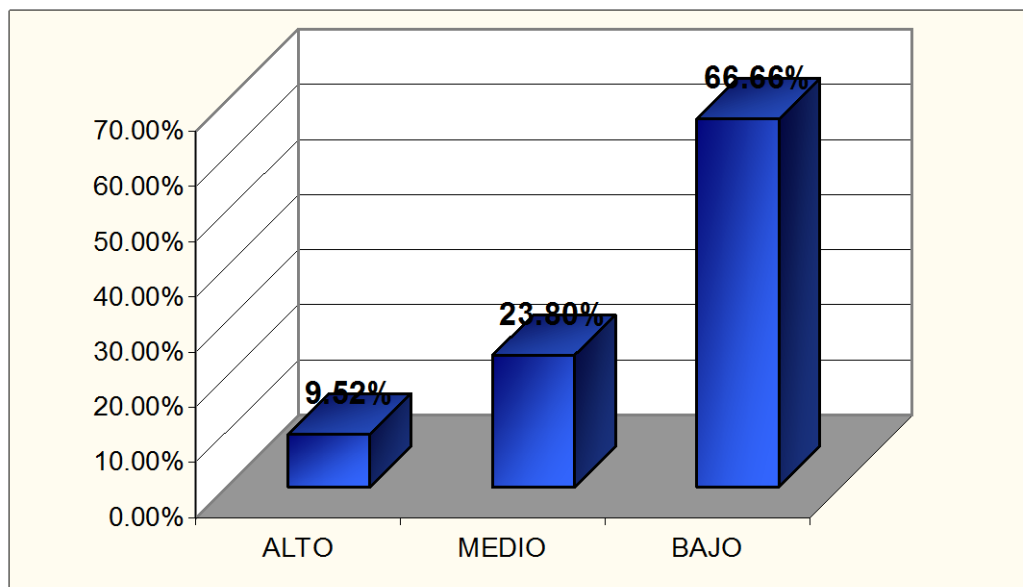


Gráfico de barras n°20 que representa los niveles obtenidos en la escala de ascendencia –PPG y sus respectivos porcentajes.

La ascendencia entendida como la tendencia natural hacia el liderazgo por parte de la persona, se ve disminuida por un estilo de vida dependiente impuesto por la situación de discapacidad.

ORIGINALIDAD-PPG.

Cuadro n°21 que representa los niveles obtenidos en la escala.

PERCENTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	2	9.52%
MEDIO	3	14.28%
BAJO	16	76.19%
TOTAL	21	99.99%

La originalidad no es un rasgo muy marcado en la población ya que el 76.19% de ellos se ubico en percentiles bajos, seguidos por un 14.28% del percentil medio ubicando en tercer lugar a los percentiles altos con un 9.52%.

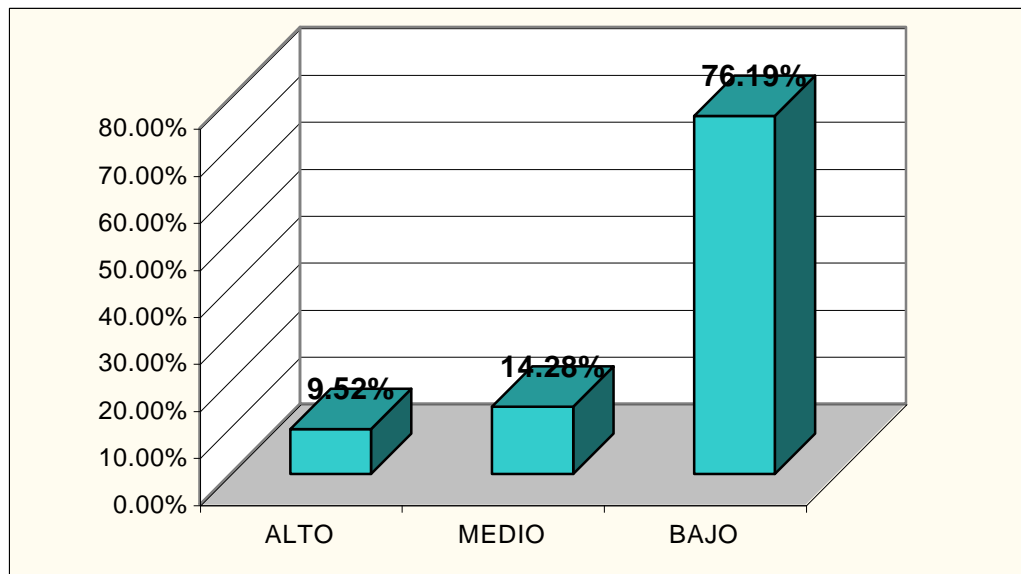


Gráfico de barras n°21 que representa los niveles obtenidos en la escala de originalidad PPG y sus respectivos porcentajes.

El estilo de vida del discapacitado disminuye su potencial creativo debido a que la percepción que se tiene de la situación de discapacidad presenta una visión del mundo y de la vida marcada por el pesimismo y la negatividad ante los estímulos sociales.

CAUTELA-PPG.

Cuadro n°22 que representa los niveles obtenidos en la escala de cautela .

PERCENTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	6	28.57%
MEDIO	7	33.33%
BAJO	8	38.09%
TOTAL	21	99.99%

La distribución de porcentajes en esta área demuestra que no existen marcadas diferencias entre los diferentes niveles pues se encuentra que los percentiles bajos que se ubican en primer lugar con un 38.09%, son seguidos por los percentiles medios con el 33.33% dejando por ultimo a los percentiles altos con un 28.57%.

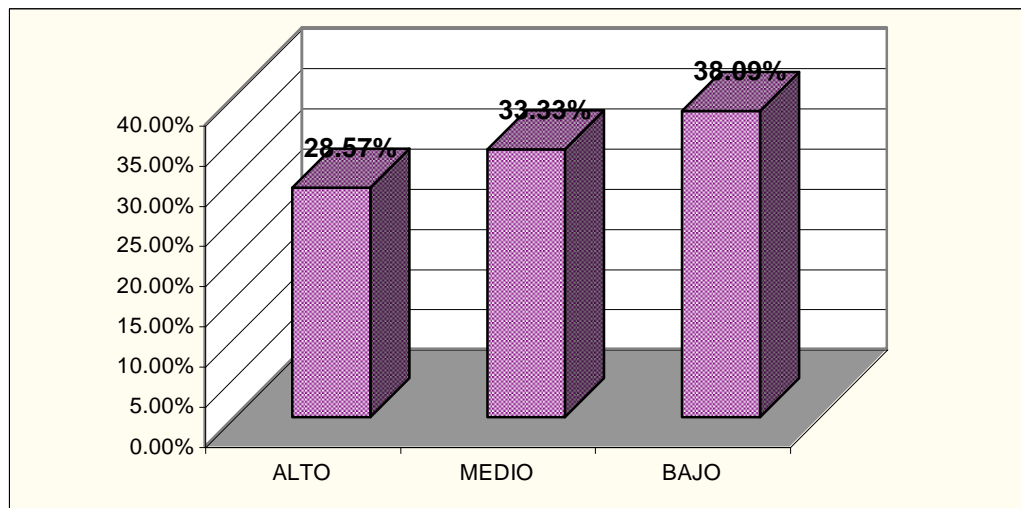


Gráfico de barras n°22 que representa los niveles obtenidos en la escala de cautela-PPG y sus respectivos porcentajes.

Se puede observar que la impulsividad se encuentra muy presente en la personas discapacitadas (percentiles bajos y medios) lo que los lleva a enfrentar situaciones no planificadas que a la larga afectan el proceso de rehabilitación.

SOCIABILIDAD-IPG.

Cuadro n°23 que representa los niveles obtenidos en la escala de sociabilidad.

PERCENTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	5	23.80%
MEDIO	4	19.04%
BAJO	12	57.14%
TOTAL	21	99.98%

Con relación al rubro de sociabilidad el 57.14% se ubica en los percentiles bajos, el 23.80% se ubica en los percentiles medios y solo el 19.04% se ubica en los percentiles altos.

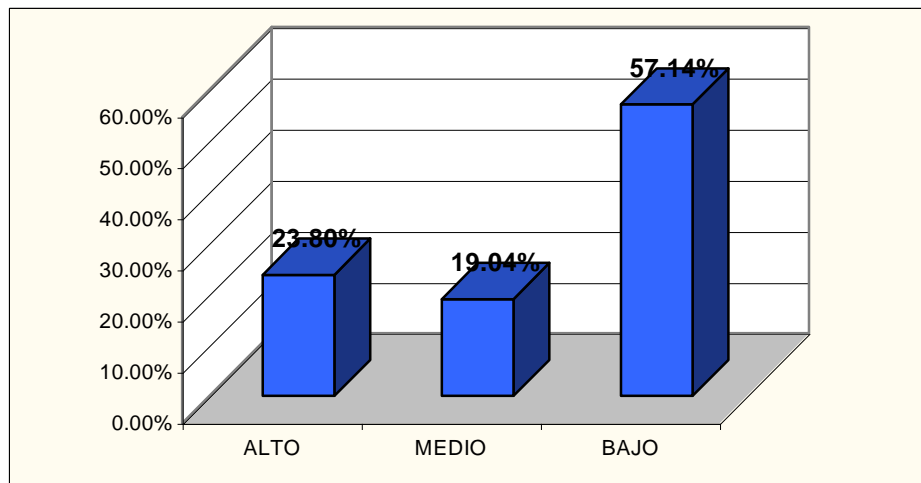


Gráfico de barras n°23 que representa los niveles obtenidos en la escala soc-IPG y sus respectivos porcentajes.

Las situaciones discapacitantes y los rasgos particulares de personalidad inciden en la sociabilidad disminuyendo las expresiones de la misma como efecto de los estados de animo negativos.

VITALIDAD-IPG.

Cuadro n°24 que representa los niveles obtenidos en la escala vitalidad.

PERCENTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	1	4.76%
MEDIO	6	28.53%
BAJO	14	66.66%
TOTAL	21	99.95%

Este rasgo de personalidad se ubica en los percentiles bajos por la mayoría de la población con un 66.66%, seguido de los percentiles medios con 28.53% ubicando en tercer lugar a los percentiles altos con un 4.76%.

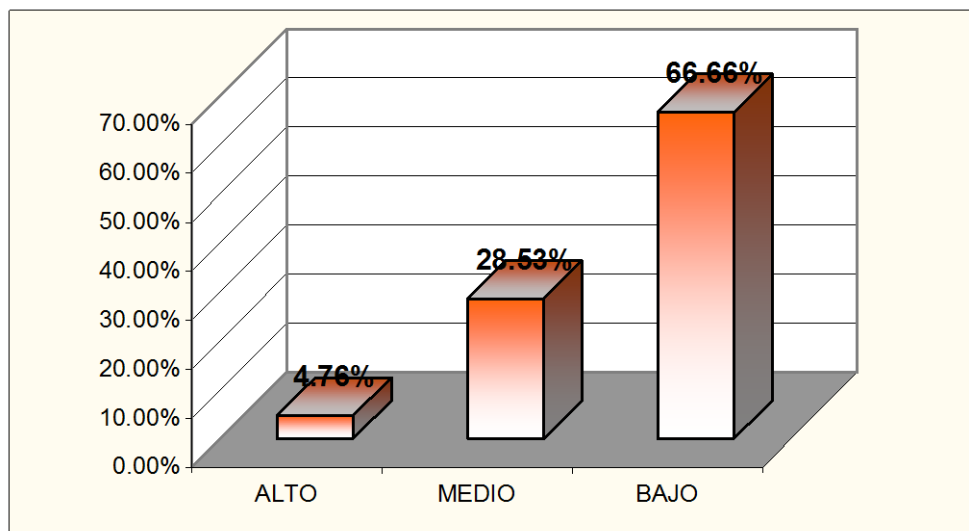


Gráfico de barras n°24 que representa los niveles obtenidos en la escala vit-IPG y sus respectivos porcentajes.

La experiencia de ser discapacitado incide indudablemente en la vitalidad de la persona, experimentan decaimiento en el estado de animo y una reducción en la iniciativa a participar en actividades de cualquier tipo.

ESTABILIDAD-IPG.

Cuadro n°25 que representa los niveles obtenidos en estabilidad.

PERCENTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	5	23.80%
MEDIO	8	38.09%
BAJO	8	38.09%
TOTAL	21	99.98%

La grafica presenta que un 38.09% de la población se ubica en un nivel medió, el otro 38.09% en un nivel bajo, correspondiendo el 23.80% al nivel alto. Esto en relación al rubro de estabilidad.

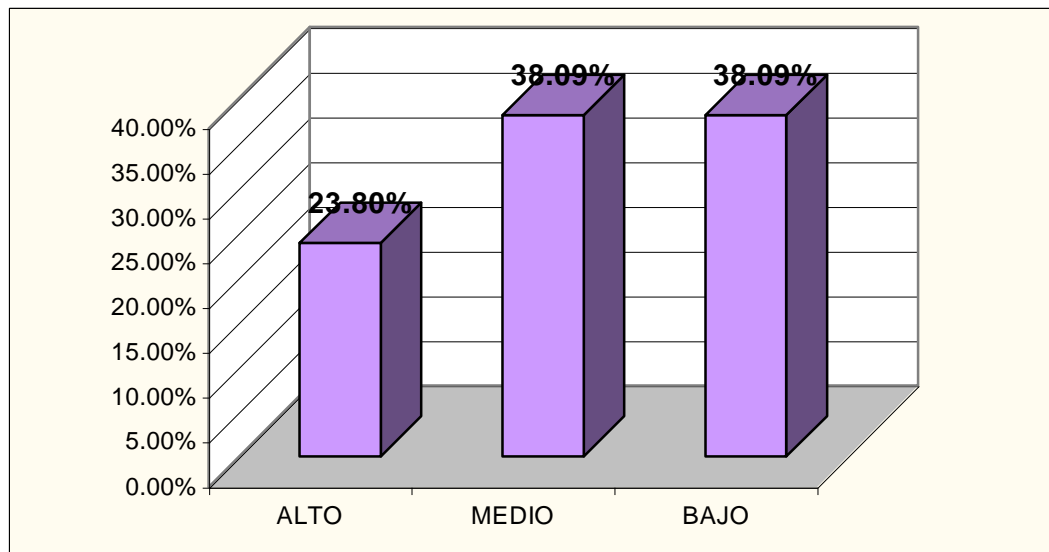


Gráfico de barras n°25 que representa los niveles y porcentajes de la escala est-IPG.

Es claro que la situación discapacitante y las particularidades de personalidad inciden significativamente en la estabilidad emocional, las experiencias que se viven en una condición que limita físicamente la independencia y el estilo de relación que se tiene con la familia también determinan esta propiedad en la persona.

COMPRESION-IPG.

Cuadro n°26 que representa los niveles obtenidos en la escala de comprensión .

PERCENTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	3	14.28%
MEDIO	3	14.28%
BAJO	15	76.19%
TOTAL	21	99.98%

En lo que a comprensión se refiere las tres cuartas partes de la población se ubican en los percentiles bajos con un 76.19% mientras que los percentiles altos y medios obtuvieron un 14.28% cada uno.

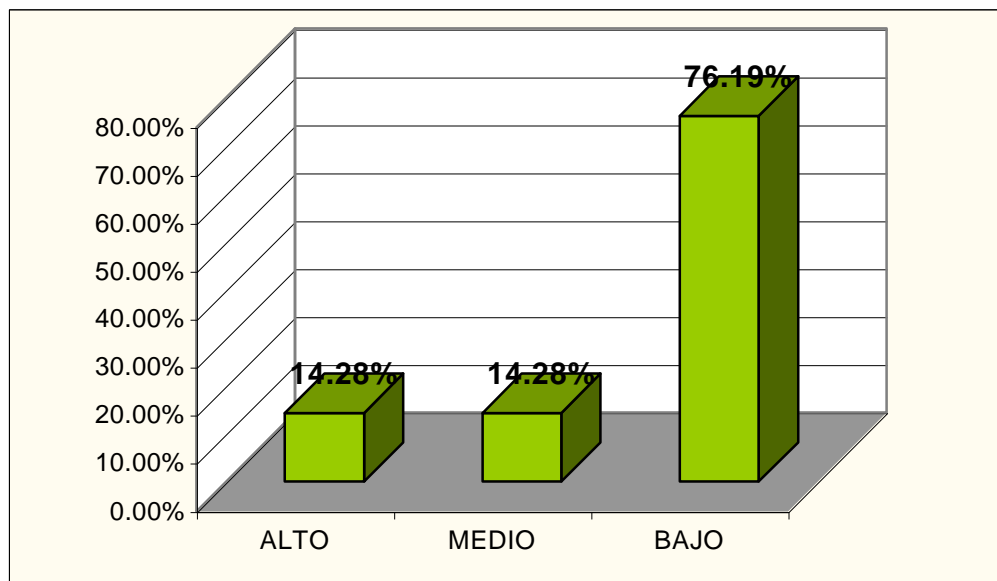


Gráfico de barras n°26 que representa los niveles obtenidos en la escala com-IPG y sus respectivos porcentajes.

La capacidad para comprender a los demás se ve disminuida producto de la frustración que genera en la persona incomprensión y no aceptación de sí mismo y de las personas que le rodean incluyendo a los que comparten una situación de discapacidad.

AUTOESTIMA PPG.

Cuadro n°27 que representa los niveles obtenidos en la escala de autoestima.

PERCENTIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTO	4	19.04%
MEDIO	3	14.28%
BAJO	14	66.66%
TOTAL	21	99.98%

El 66.6% de la población evaluada presenta una autoestima baja según los resultados de la prueba, seguidos por un 19.04% cuyos resultados fueron de autoestima alta y un 14.28% presenta una autoestima media.

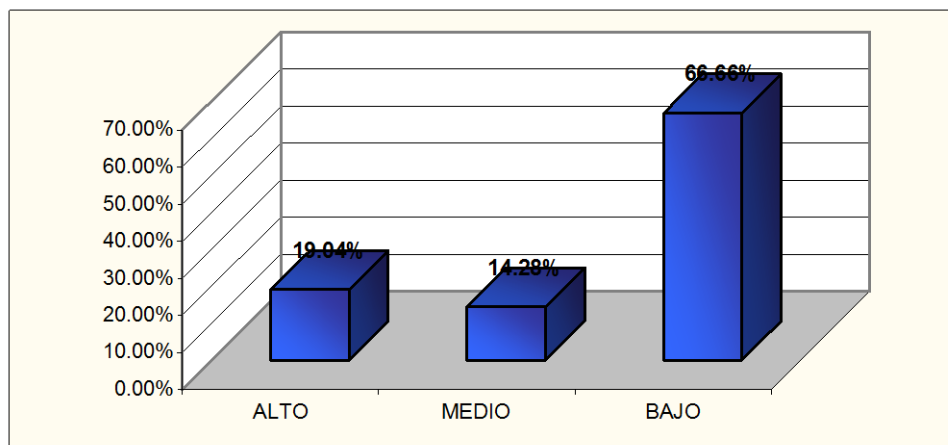


Gráfico de barras n°27 que representa los niveles obtenidos en la escala de autoestima-PPG y sus respectivos porcentajes.

La relación entre discapacidad y autoestima baja es directa situación que se presenta debido a la pobre valoración que surge del sí mismo a raíz de la independencia perdida como producto de la discapacidad. Deben de retomarse en este grupo a aquellos que se ubicaron en los percentiles altos, pues este resultado se puede atribuir a querer aparentar seguridad en ellos mismos.

4.2 INTEGRACION DE RESULTADOS

La discapacidad genera en las personas un sin número de situaciones para las que no están preparados, pues se suele pensar que uno esta exento de padecer una condición discapacitante.

Sin embargo las actividades que desarrolla el genero masculino posee un grado de riesgo físico y ello explica que la mayor parte de la población estudiada sean hombres(cuadro y grafico 2), cuyas edades se ubican en un rango de los 15 a los 70 años(cuadro y grafico 1).

Este tipo de actividad con riesgo físico es desarrollada por la población con un nivel educativo bajo(cuadro y grafico 6) y una situación económica limitada; la pequeña parte de la población que posee estudios superiores ha adquirido la discapacidad por afección medular o por accidente vehicular.

En la población femenina la discapacidad obedece a afecciones medulares que se desarrollan indiscriminadamente de la edad o tipo de actividad que se realiza la persona.

Otra causa de discapacidad física es la violencia social que atraviesa nuestro país lo que permite encontrar estadísticas con números significativos en lo que respecta a lesión medular por arma de fuego.

Pero independientemente de la situación que provoca discapacidad, la persona sufrirá cambios en su vida psíquica interna incidiendo en las cualidades de la personalidad que ya posee.

Entre estas cualidades que poseen las personas y que ellos mismos afirman tener están las siguientes: amigables, amables, optimistas, cariñosos comprensivos, respetuosos, trabajadores, solidarios y comunicativos.

Por otra parte entre las cualidades negativas de su persona mencionan ser impulsivos, agresivos, en ocasiones reprimen la expresión de sus sentimientos, a esto se suman las características que surgen de la vivencia de la discapacidad como son la baja autoestima y los sentimientos de minusvalía (anexo 5).

Los profesionales que los atienden señalan que las personas discapacitadas presentan sobre todo cualidades negativas como son: negativismo, agresividad, irresponsabilidad, poca colaboración y las quejas de cansancio que obedecen a la poca vitalidad.(ver anexos 7, 8, 9, 10).

Lo expresado por los profesionales también se ve reflejado en los resultados de la prueba PPG-IPG, que también señala falta de responsabilidad, poca originalidad, estabilidad emocional deficiente, poca comprensión hacia los demás y falta de perseverancia.(cuadros y gráficos 19-27).

Entre otras cualidades negativas que se suman a raíz de la situación de discapacidad están el ser manipuladores y dependientes lo que obedece a su vivencia y al trato que reciben de su familia donde las muchas atenciones promueven la independencia física y emocional, situación que resulta negativa para ellos.

Además vale mencionar que en muchos casos se vuelve difícil la expresión de sentimientos y esto genera una tendencia a encubrir lo difícil de su situación, dicha tendencia se refleja en los resultados del cuestionario H. G. Bell(cuadros

y gráficos 18), prueba en la cual, ellos quisieron dar una imagen agradable y positiva de una situación que ellos mismos reconocen como dura y difícil en las respuestas que dieron a la entrevista.

Entre otras cosas al contrastar los resultados de H. G. Bell y la prueba PPG-IPG, queda evidenciado que la situación emocional de ellos sufre variaciones que obedecen a acontecimientos que en relación con las propiedades individuales de personalidad generan estados de ánimo positivos o negativos según sea su percepción de las vivencias en medio de su discapacidad.(cuadro y grafico 17).

En el aspecto social (cuadro y grafico 16), H. G. Bell señala la intención de ellos de aparecer como socialmente adaptados al medio mientras que el PPG-IPG y las observaciones del grupo apuntan a que son personas con poca tolerancia hacia los demás volviéndose jueces de las demás personas y defensores de sus propios defectos.

Poseen la tendencia a reducir el contacto social solo a las personas que tienen características en común a ellos, se dan uniones estratégicas que solo buscan lograr un beneficio inmediato y es raro encontrar quien busque establecer contacto con todos.

H. G. Bell también señala que la adaptación a la salud se ubica en un nivel promedio para la mitad y deficiente para la otra mitad en esto intervienen factores propios de su situación de discapacidad y enfermedades que obedecen a un deseo de llamar la atención y generar condescendencia hacia ellos.(cuadro y grafico 15).

En términos de adaptación familiar la situación de la población estudiada presenta un nivel de adaptación inadecuada para la mayoría de ellos; a este respecto las entrevistas indican que cuentan con el apoyo de sus familiares, mientras que la realizada a los profesionales que los atienden señalan a las familias como distantes, debido a situaciones como la condición económica, la lejanía con respecto al centro de rehabilitación y la frecuencia con que visitan a los internos.(cuadro y grafico 14).

En la esfera psicológica, la actitud positiva de la persona hacia la propia discapacidad es el elemento clave que determina la calidad del proceso de rehabilitación, donde se puede apreciar que es un proceso complejo.

Y por consecuencia se ve la necesidad de involucrar en él, la acción conjunta de disciplinas como la medicina, debido a la atención oportuna en salud que ellos deben recibir. la fisioterapia, ya que el ejercicio físico les ayuda a ser independientes físicamente, la psicología que les permite entender la dimensión y consecuencias de su estado actual, y el trabajo social, que interviene para darles condiciones materiales más favorables en su proceso.

Existen también otros factores que inciden en la rehabilitación, entre ellos la personalidad individual de cada paciente, los rasgos de carácter y temperamento así como aquellos elementos sociales de su entorno como son la familia y la comunidad.

Uno de los elementos claves de la rehabilitación es la fisioterapia, que está orientada a la creación de pacientes independientes como su objetivo primordial. Para la consecución de dicha meta, el paciente debe atravesar diversas etapas, entre las cuales, los profesionales en fisioterapia mencionan las siguientes:

A) la etapa de dependiente o asistido, en la cual el paciente es ayudado a realizar todas las actividades relacionadas con su cuidado personal. Durante esta etapa se da un proceso de adaptación a la situación de discapacidad, a la institución y a sus normas, también se hacen evidentes actitudes de negación, apatía hacia el ejercicio, sentimientos de minusvalía y signos de depresión como son el desinterés por la actividad y los deseos de morirse, este período se caracteriza por la poca vitalidad.

B) la etapa asistida, en la cual el paciente es semi-independiente, ha adquirido habilidades que le permiten cierto grado de libertad en las actividades básicas de su cuidado personal, puede realizar sus ejercicios físicos con una instrucción y control menores en relación a la primera etapa.

La misma adquisición de habilidades y la capacidad de movilización, facilitan el aumento de contacto social, del interés por el ejercicio físico y la superación personal y esto a su vez los motiva para su propia rehabilitación.

C) la etapa independiente, en la que el paciente realiza sus ejercicios con control e instrucciones mínimas, adquiere confianza en sí mismo y hay conciencia de las capacidades y limitantes que presenta su situación particular. (ver anexo 8)

Otros factores que pueden incidir en el proceso de rehabilitación son : la falta de personal en medicina, debido a que solo hay una doctora en medicina, un neurólogo y un urólogo atendiendo a la población, en enfermería hay once enfermeros que cubren los tres turnos del día y se reparten en distintas actividades además de atender a los pacientes, hay solamente una persona en el área de psicología y tres fisioterapeutas trabajando en el gimnasio.

La necesidad de capacitación para el personal ya existente, la falta de equipo para comodidad del paciente (sillas de ruedas, corsets etc.), la falta de medicamentos, de programas de orientación para el paciente y su familia, en las áreas de ejercicio, cuidados personales higiénicos y físicos, así como la debida orientación en aspectos de la sexualidad de los pacientes, son inquietudes expresadas por los profesionales que laboran directamente con las personas discapacitadas en el Centro del Aparato Locomotor . (ver anexo 9)

Para poder visualizar en un panorama más amplio la situación de rehabilitación en la persona discapacitada, se hace necesario tener en cuenta las necesidades que ellos experimentan durante el proceso, entre las cuales están:

A) las económicas que incluyen invertir en equipo, medicamentos, exámenes médicos, gasto extra en alimentación por no ser del agrado de algunos la comida que se sirve, el transporte por el gasto que implica para la familia venir a visitarlos desde lejos. Esta última situación afecta la frecuencia de las visitas familiares y esto repercute en el estado de ánimo de ellos, sobre todo la población en condición de internos.

B) las necesidades recreativas y espirituales, ya que hay paciente que son acostados a partir de las dos de la tarde, lo cual limita las actividades que pueden realizar y la capacidad de contacto social, esto conduce a situaciones de aburrimiento, ansiedad, o cambios de humor negativos para el paciente.

Cabe aclarar que la escasez de personal incide directamente en ésta situación, ya que el equipo de enfermería divide su tiempo en muchas actividades y no pueden atender a los pacientes con la calidad de tiempo deseado.

En la parte espiritual existen grupos religiosos que los visitan una vez a la semana y ofrecen servicios religiosos para los que desean participar. En la parte recreativa, actualmente la institución ha habilitado un cancha anexa al gimnasio de fisioterapia para promover la práctica de actividad deportiva.

C) las necesidades afectivas y de afiliación, la visita familiar anima a la persona discapacitada notoriamente, pero queda en ellos la inquietud de ser visitados por amistades y personas con quienes hay cierto grado de afinidad, ya que dada su situación, las muestras de apoyo comprensión y afecto son un aliciente para su estado emocional, los motiva generándoles una actitud más positiva hacia su situación, la cual se ve afectada negativamente cuando las noticias que vienen del hogar son malas y se vuelven fuente de preocupación haciendo que resurja el sentimiento de impotencia que ellos buscan sobrellevar.

Todos estos aspectos indican que la atención psicológica juega un papel muy importante en el conjunto del proceso rehabilitador de la persona con discapacidad, la cual , en algunos casos logra su rehabilitación sólo a nivel físico como lo expresaron algunos miembros del equipo médico de la institución, o logran pequeños avances en el área psicológica, los cuales se pierden al momento de querer incorporarse a la actividad productiva de la comunidad, por factores como la discriminación, las barreras arquitectónicas y la falta de oferta laboral entre otras.

Existen situaciones como el horario y el hecho de que solo una persona esté asignada a brindar atención psicológica, que limitan la calidad de tiempo que puede dedicarse para atender a la persona con discapacidad.

Esto a su vez, limita las actividades a desarrollar en favor de la situación emocional y anímica de los pacientes, lo cual incide en la propia actitud hacia el

proceso de rehabilitación, dejando el estado de ánimo a merced de la motivación intrínseca de cada paciente.

Entre otras fuentes, la misma actividad de ellos y su modo de relacionarse con los demás también confirman la naturaleza de éstos factores en sus vidas.

4.3 SITUACION PSICOLOGICA DE LOS DISCAPACITADOS.

El objetivo de la rehabilitación es conseguir integrar al discapacitado a la sociedad, permitiéndole desempeñar en ella un papel constructivo. Por lo que la rehabilitación del discapacitado debe ser integral en sus aspectos psicológico, social y físico, situación que en nuestro medio se ve afectada por la actitud que se tiene hacia ellos socialmente y por la misma falta de recursos materiales para el trabajo con ellos en talleres o actividades que les permitan una exitosa adaptación al medio en su nueva condición.

Para lograr dicha adaptación la persona con discapacidad física, se enfrenta a diferentes problemas entre los cuales están: la falta de información por parte de la sociedad, de aquello que puede y no puede hacer, las barreras arquitectónicas que influyen a todo nivel, hay problemas para acceder a la educación, la incorporación al trabajo es difícil, el poder adquisitivo se ve reducido ya que aumentan sus gastos y disminuyen sus ingresos.

Las barreras arquitectónicas son todos aquellos obstáculos o impedimentos que dificultan al discapacitado realizar su vida cotidiana, limitando con ello sus posibilidades laborales, culturales, sociales, deportivas, etc. la misma vivienda puede presentar obstáculos, ej: escaleras, gradas, desniveles, puertas demasiado pequeñas en cuartos de baño, mesas y armarios demasiado altos, aún el difícil acceso a la casa donde vive, etc que son características propias de las viviendas de personas de clase media o de escasos recursos en nuestro país.

En cuanto a educación, el acceso a ella se hace difícil, debido principalmente a las barreras arquitectónicas, que obligan en la mayoría de los casos, a cambiar de colegio o de universidad (según sea el caso) y replantearse el futuro profesional, ya que no solo tienen que pensar si podrán ejercer la actividad que habían elegido, sino que también deberán considerar si van a poder entrar solos o necesitarán la ayuda de otras personas para subir las escaleras del centro de estudios elegido.

Con respecto al trabajo se puede decir, que éste y la independencia económica son esenciales para que la persona tenga un sentimiento de suficiencia personal, de dignidad, de autoestima y para sentirse uno mismo, como miembro valioso tanto dentro de la familia como de la sociedad.

Encontrar un puesto de trabajo en ésta situación, es difícil, ya que las empresas, consideran que estar sentado en una silla de ruedas, es sinónimo de incapacidad, negándole al discapacitado, la oportunidad de demostrar su valía. Esto demuestra que en la practica, la ley de equiparación de oportunidades no se cumple a cabalidad, lo que representa un obstáculo difícil de vencer por que obedece a una actitud de discriminación hacia ellos que aun no ha cambiado.

En algunos casos las secuelas físicas impiden el retorno al anterior puesto de trabajo obligando a la persona a cambiar de ocupación o a resignarse con la idea de no poder trabajar.

Los principales obstáculos para la integración laboral se pueden dividir en cuatro grandes bloques:

- Personal: que se refiere a la condición física y a los problemas para seguir su formación.

- Social: relativo a la opinión que tiene la sociedad sobre los discapacitados.
- Legal: se refiere a la insuficiente normativa y el incumplimiento de la existente ley de equiparación de oportunidades.
- Estructural: escasez de puestos laborales en las empresas.

En cuanto a la familia, es fundamental el papel que ésta desempeña a partir del surgimiento de la discapacidad de uno de sus miembros. El principal problema a evitar es la sobreprotección ya que ésta dependencia excesiva a la larga, cansa a todos, al sobreprotegido por que lo incomoda o le fomenta una actitud de manipulación con la que tratará de conseguir todo valiéndose de su situación; y en el caso del sobreprotector, el o ella, por sus mismas actividades, no siempre podrá estar completamente disponible y el cansancio le impedirá atender al discapacitado/a cuando en verdad sea necesario.

En cuanto a la parte afectiva, las personas que en el momento de presentarse la situación discapacitante se encuentran solteras, presentan más dificultades a la hora de encontrar pareja que antes, por la visión generalizada que se tiene de la persona discapacitada.

Otro aspecto a tener en cuenta es el de las separaciones matrimoniales o de los noviazgos rotos por causa de la discapacidad física de uno de los miembros de la pareja, debido a las implicaciones que esto tiene en el estado anímico del paciente, mismas que lo marcarán y afectarán en su posterior desarrollo afectivo.

Con respecto al área de actividades recreativas y el deporte se puede decir que son beneficiosas por tres razones:

- Físico, el ejercicio físico ayuda a mejorar su aspecto y a mejorar tanto la fuerza como la destreza.

- Psíquico, porque es importante como realización personal sobre todo a nivel de competición.
- Social, porque facilita la sociabilización, la relación con otras personas, y la posibilidad de hacer nuevas amistades.

Actividades que al ser retomadas por las personas discapacitadas propician las primeras bases para el restablecimiento del equilibrio perdido por la discapacidad que afrontan.

Se debe enfatizar que la discapacidad rompe el tipo de vida, equilibrio, proyectos y metas que el individuo había establecido, surgiendo la creencia de que la vida, tal como se conoce, no se puede continuar y esto genera tristeza y pensamientos negativos, de frustración, surgiendo diferentes tipos de reacciones emocionales, entre las primeras en aparecer se pueden mencionar: la ansiedad, angustia y miedo, siendo estas reacciones psicológicas normales y esperadas, frente a cualquier lesión y/o afección grave que implique secuelas.

La persona no tiene expectativas de futuro, no sabe que va a hacer con su vida, y tiene miedo a perder a las personas amadas, a que dejen de amarle, a la pérdida de aprobación por parte de los demás, a quedarse sin trabajo, etc.

Además se produce una pérdida de autoestima, sentimientos de no valer nada, de no poder realizar ninguna de las actividades que antes realizaba, sintiéndose desvalorizado ante sí mismo y ante los que le rodean.

Todas estas reacciones provocan en el discapacitado sentimientos de inferioridad, injusticia, discriminación, inseguridad, cobardía, miedo, etc. que llevan a aislarse de la sociedad e incluso de su entorno.

Los estados depresivos se presentan tarde o temprano, ya que sus pérdidas son reales y permanentes; y su intensidad variará desde la tristeza hasta las formas más graves, que incluyen ideas suicidas ; esto debido a que el paciente se centra en la pérdida de la movilidad y la sensibilidad en algunas zonas de su cuerpo, y en el temor de que el dolor persista. La falta de información sobre lo que pasa, también les asusta. Todo esto produce ansiedad.

Lo más destacado es la pérdida de interés por parte del paciente, siendo la preocupación del estado orgánico lo que predomina, acompañado de una gran demanda afectiva, con petición reiterada de ver o estar con la familia.

El paciente presenta poca tolerancia, sentimientos de injusticia, y no colaboración con el tratamiento, ya que deja en manos de los demás su rehabilitación, surgiendo críticas del personal médico, enfermería y terapeutas por la actitud que demuestra. Considera su limitación como una injusticia y la cólera que expresa, lo aleja tanto del personal médico como de la familia, en el momento en que más ayuda necesita.

El problema principal en ésta situación está en que el paciente queda clasificado como hostil, contrariante y no cooperativo, lo cual provoca una disminución en la calidad de los cuidados y la incapacidad por parte del personal médico para reconocer en el paciente una posterior evolución favorable en su carácter, comportamiento y motivación para la rehabilitación.

4.4 DIAGNÓSTICO

La situación de discapacidad física que sufren las personas atendidas en el Centro del Aparato locomotor, permite que se desarrollen en ellos ciclos afectivos negativos que se manifiestan en: autoestima baja producto de la valoración negativa que tienen de sí mismos, dependencia emocional y física a

consecuencia de su nueva situación que los hace necesitar más de aquellos que los rodean, ansiedad como producto de la incertidumbre en la que los sumerge su limitación física, misma que los vuelve personas vulnerables, y a raíz de eso, desarrollan actitudes de agresividad producto de la frustración que experimentan, misma que también los lleva a abandonar sus metas significativas en la vida.

Esto los conduce a adoptar una actitud pasiva y de abandono de sí mismo que se manifiesta en una renuncia a las actividades y responsabilidades personales y sociales.

En la esfera cognitiva surge un estado de irritabilidad que lleva a experimentar una hipersensibilidad ante los estímulos del medio, se vuelven aprehensivos hacia el contenido de su actividad social e individual, y ésta situación sumada a la realidad económica familiar muy particular de cada uno, incide en las dimensiones cuantitativa y cualitativa del proceso de rehabilitación, mismo que deja evidenciadas sus debilidades en las áreas física, psicológica y médica al momento de que el paciente se enfrenta a su reinserción social o laboral.

V. PERFIL PSICOLÓGICO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD FÍSICA POR AFECCIÓN O LESIÓN MEDULAR

A continuación se detallan las características psicológicas que presentan las personas atendidas en la Unidad de Lesiones Medulares del Centro del Aparato Locomotor, con sede en el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos. La población estudiada la integran personas entre los 14 y los 70 años de edad, géneros masculino y femenino.

Autoestima baja:

Tendencia negativa de la personalidad individual caracterizada por un fatalismo que implica esperar siempre lo peor, la persona tiene la idea de que no vale y se auto descalifica para enfrentar cualquier situación, social o psicológica. Esto la lleva al miedo, la desconfianza y el aislamiento. La persona tiende a agredirse y arremete a los que le rodean, se auto limita volviéndose incapaz de solucionar sus problemas, los sentimientos de inferioridad que experimenta la llevan a sentir celos o envidia de lo que otros poseen y lo expresa en actitudes de tristeza, depresión, renuncia y aparente abnegación o bien con ansiedad, miedo, agresividad y rencor. La persona con baja autoestima se acomoda a un papel pasivo abandonando las responsabilidades en su vida y le entrega a otros la dirección de sus actividades y cosas personales.

ACTITUDES Y SENTIMIENTOS

Frustración:

Sentimiento de impotencia generado por una situación que la persona concibe como algo que no tiene solución viable o satisfactoria, al verse atrapada, la persona recurre a medios y soluciones desesperadas y poco aceptables socialmente como la agresión para conseguir los fines que se ha propuesto. La

frustración genera hostilidad contra el medio interno psicológico y contra el medio externo social .

Agresividad :

Actitud que surge de la sensación de abandono y de la frustración que viene de no aceptarse a sí mismo/a. El impulso agresivo que en un principio ataca a la persona, se vuelve en contra de los que le rodean en forma de críticas y reclamos que tienen por objeto llamar la atención de los demás, dejando encubierta la vulnerabilidad afectiva de quien los expresa.

Dependencia :

Actitud basada en la concepción que tiene la persona de sí misma como un ser vulnerable, inmerso en un medio exigente y a veces hostil. La persona recurre a mecanismos como la manipulación para conseguir que otros hagan las cosas por ella, llega a convencerse de que su entorno debe brindarle las facilidades para conseguir sus metas.

Negación :

Actitud de defensa natural ante las situaciones desagradables. Es positiva en términos de que da tiempo a la persona de asimilar un acontecimiento, pero su prolongación en el tiempo puede resultar en una distorsión total o parcial de la realidad. Es propia de la situación depresiva como consecuencia de un hecho traumático y se vuelve expresión de la realidad afectiva y emocional de la persona ante un suceso impactante.

Irritabilidad :

Es un estado que ocurre cuando un suceso o varios amenazan la estabilidad emocional de la persona directa o indirectamente, la sensación de amenaza produce un miedo que puede provocar respuestas hostiles en la persona.

ESTADOS DE ANIMO

Enfado :

Estado de ánimo persistente, el monólogo interno que lo alimenta compuesto por pensamientos negativos recurrentes, justifica el uso de energía para dañar a otros, producto de la sensación que experimenta la persona de amenaza real o simbólica hacia el auto estima. Es persuasivo por que puede convencer a la persona de que la descarga de energía en contra de otros es natural y necesaria.

Ira :

Sentimiento difuso que experimentan las personas, se presenta como producto de la falta de autonomía. En la persona con discapacidad su acción es constante debido a la forma traumática en que se adquirió la situación de limitación física que se sufre actualmente. La ira se expresa en forma activa cuando hay reclamos y maltrato hacia los demás y pasiva cuando la persona se aísla y toma actitudes hostiles hacia su propia individualidad.

Ansiedad :

Estado emocional desagradable acompañado de excitación fisiológica y elementos cognitivos como aprensión, culpa y sentido del desastre. Genera una actitud de preocupación que profundiza y dificulta la búsqueda de soluciones, la persona gira constantemente alrededor del conflicto sin poder plantearse una vía para resolverlo. Se produce un miedo hacia las cosas, las personas y las circunstancias temporales, el futuro se ve como incierto.

Tristeza :

Estado de ánimo que disminuye los intereses por las cosas placenteras de la vida, proporciona un refugio reflexivo ante los afanes y preocupaciones de la vida. Sin embargo, estados prolongados de tristeza llevan a un aislamiento que

daña a la persona y le hace entrar en un estado de depresión, producto de la visión subjetiva de la vida inclinada al polo negativo.

Estados depresivos:

Situación psicológica caracterizada por poca vitalidad, valoración negativa de sí mismo, cansancio físico y mental, actitud pasiva ante acontecimientos trascendentes de la vida personal, incapacidad para disfrutar de las cosas placenteras y una percepción negativa del mundo, de las personas y de las cosas. La depresión se vuelve legítima cuando la persona ha sufrido una pérdida real, significativa y permanente

Preocupación por la sexualidad y la vida afectiva:

Entre las inquietudes que surgen en la persona discapacitada está la preocupación por la sexualidad y el propio desempeño sexual en una relación de pareja. A los pacientes jóvenes del género masculino les preocupa saber si van a poder tener una relación de pareja y si su vida sexual dentro de dicha relación podrá llevarse a cabo sin problemas. Los jóvenes solteros orientan su inquietud a la situación de pensar si alguien va a quererlos y aceptarlos con su discapacidad, es un miedo al rechazo muy natural en la situación de ellos. Los hombres casados temen ser abandonados por sus esposas y a otros solo les preocupa la situación de una posible infidelidad en el tiempo que ellos están lejos del hogar dentro de la institución .

Preocupación por la dimensión social de sus vidas :

Hay incertidumbre acerca del futuro de la familia en los que antes de la discapacidad eran el soporte económico, aportaban la mayor fuente de ingresos. En los jóvenes hay preocupación por el hecho de que representaban la esperanza de ayudar a la familia, no les gusta volver a depender de los padres.

Desmotivación :

Estado de ánimo que comprende una falta de voluntad por parte de la persona hacia la realización de actividades, laborales o cotidianas, debido a que éstas ya no son consideradas una fuente de satisfacción y son abandonadas con un espíritu de resignación que encierra la creencia de que ya no cumplen el objetivo con el que antes se realizaban.

Desvalorización :

Tendencia cognitiva que consiste en hacer una evaluación de sí mismo resaltando las cualidades negativas, la persona se asigna un valor inferior al que realmente tiene y en su afán de lograr un juicio objetivo de sí misma asume una actitud de pesimismo que erróneamente entiende como realismo. Este error cognitivo conduce tarde o temprano a la desvalorización de los demás.

Minusvalía :

Es una condición psicológica y social que describe la mayor vulnerabilidad que puede experimentar la persona ante el medio que le rodea. Hoy en día la etiqueta de minusválido representa un atentado a los derechos y a la búsqueda de independencia por parte de las personas que sufren de algún tipo de discapacidad mental o física. El término refleja una actitud de la sociedad ante ellos, que algunos asumen como cierta negándose a sí mismos el derecho de probar su valor social.

Aburrimiento :

Estado de ánimo que contempla la falta de interés por la actividad que se realiza o en su defecto la falta de iniciativa para realizar una nueva. La persona aburrida puede optar por actividades menos sanas o recreativas en su afán de buscar estímulos sociales significativos.

Poca vitalidad :

Es un estado que obedece a la relación dinámica entre la mente y el cuerpo, la persona en su dimensión psicológica experimenta una disminución de la iniciativa hacia la actividad y el organismo en su dimensión física se une a ella mediante la reducción de las energías destinadas a la realización de la actividad. El fenómeno es tan complejo que puede llegar a convertirse en un estilo de vida marcado por la pasividad y la apatía ante los estímulos del medio.

DIMENSIONES PSICOLOGICAS DE LAS PROPIEDADES DEL PERFIL

DIMENSION PSICOLOGICA	NEGACION	DEPENDENCIA	POCA VITALIDAD
ESFERA COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none">• No se acepta la realidad• Distorsión en la percepción de las cosas y fenómenos• Se ignoran los acontecimientos	<ul style="list-style-type: none">• Pensamientos de minusvalía• Tendencia auto descalificarse• Renuncia a su autonomía	<ul style="list-style-type: none">• Concepción de pérdida de autonomía• Pérdida de interés en actividades y en la vida misma.• Desmotivación• Aburrimiento
ESFERA AFECTIVA	<ul style="list-style-type: none">• Bloqueo de emociones y de sentimientos	<ul style="list-style-type: none">• Sentimiento de vulnerabilidad• Necesidad y búsqueda de afecto y protección	<ul style="list-style-type: none">• No aceptación de sí mismo• Sentimiento de desesperanza• Sentimiento de desamparo
ESFERA CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none">• No escuchar opiniones• Aislarse• No pedir ayuda o rechazar la que se ofrece	<ul style="list-style-type: none">• Manipulación• Delegar responsabilidades en otros	<ul style="list-style-type: none">• Aislamiento• No participar en actividades• Exceso de reposo• Renunciar a las responsabilidades

	<ul style="list-style-type: none"> • Aparentar fortaleza 		personales y sociales
DIMENSION PSICOLOGICA	TRISTEZA	ENFADO	ANSIEDAD
ESFERA COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos negativos • Reflexión excesiva • Pérdida de interés • preocupaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos o percepciones irritantes • Pensamientos obsesivos • Planificación de la respuesta hostil ante el medio • Justificación de la hostilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprehensión • Sentido de desastre • Preocupación excesiva • Miedo • Culpa
ESFERA AFECTIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de abandono • Sentimiento de desesperación 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de amenaza real o simbólica • Sentimiento de injusticia y menosprecio • Euforia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de angustia • Sentimiento de desesperación • Intranquilidad
ESFERA CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Quejas • Alejarse de los demás • Abandono de actividades cotidianas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gritos • Regaños • Castigo y desprecio hacia otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Deambular • Manipulación recurrente de objetos.

DIMENSION PSICOLOGICA	AUTOESTIMA BAJA	FRUSTRACION	AGRESIVIDAD
ESFERA	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos negativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Concepción de los problemas como 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos hostiles

COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Visión fatalista • Crítica dura hacia sí mismo y hacia los demás • Ideas suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> • situaciones sin solución • Pesimismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Deseos de venganza
ESFERA AFECTIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de ira • Culpa • Insatisfacción • No aceptarse a sí mismo • Sentimiento de soledad real o simbólica • Actitud de desconfianza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de impotencia • Sentimiento de abandono 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de abandono • Sentimiento de amenaza real o simbólica • Sentimiento de injusticia
ESFERA CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • Reclamos 	<ul style="list-style-type: none"> • Agresiones verbales y físicas hacia los demás y hacia sí mismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Insultos • Gritos • Golpes • Maltrato físico y verbal
DIMENSION PSICOLOGICA	PREOCUPACION POR LA SEXUALIDAD Y LO AFECTIVO	PREOCUPACION SOCIAL	ESTADOS DEPRESIVOS
ESFERA COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas sobre la vida sentimental , relaciones de amistad y de pareja • Inquietudes sobre su propio desempeño sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Incertidumbre acerca del futuro de la familia, la situación económica, la parte laboral . • La idea que se tiene de si mismo por la valoración que hace la sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración negativa de si mismos • Visión fatalista • Abandono de metas y proyectos • Actitud pasiva • Introversión • Falta de interés por las cosas placenteras.

			<ul style="list-style-type: none"> • Exceso de auto compasión
ESFERA AFECTIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a ser abandonados o a no poder tener pareja del sexo opuesto • Temor al desprecio o a la burla 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de abandono • Sentimiento de minusvalía 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de inutilidad • La no aceptación de sí mismo • Sentimientos de tristeza • Sentimientos de culpa y de abandono • Sentimiento de desesperanza
ESFERA CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas y preguntas entre ellos mismos • Búsqueda de relaciones de amistad o de noviazgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Quejas • Buscar el apoyo familiar • Acudir a sesiones de terapia ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento • Abandono de actividades y responsabilidades • Reposo excesivo • Llanto • Quejas • Disminuyen las expresiones afectivas hacia los demás

PROPIEDAD PSICOLOGICA	DESMOTIVACION	DESVALORIZACION	MINUSVALIA
ESFERA COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> Falta de interés 	<ul style="list-style-type: none"> Juicio negativo e inflexible del sí mismo. Disminuye la capacidad de reacción emocional 	<ul style="list-style-type: none"> Auto percepción de sí mismo como vulnerable. Torpeza motora Lentitud en la actividad
ESFERA AFECTIVA	<ul style="list-style-type: none"> Disminuye la capacidad de reacción emocional 	<ul style="list-style-type: none"> Auto despreció Incapacidad para aceptarse 	<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad para percibir el afecto de los demás
ESFERA CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> Lentitud en la actividad 	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Decaimiento Disminución del contacto social

PROPIEDAD PSICOLOGICA	ABURRIMIENTO	POCA VITALIDAD
ESFERA COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> Falta de interés por la actividad Falta de creatividad 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la iniciativa natural hacia la actividad
ESFERA AFECTIVA	<ul style="list-style-type: none"> Enojo Pesimismo Tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la expresión emotiva Apatía a los estímulos sociales

ESFERA CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none">• Aislamiento• Búsqueda de distractores	<ul style="list-style-type: none">• Cansancio• Reducción del ritmo de vida• Descanso excesivo
------------------------------	--	---

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- Solo un proceso de rehabilitación integral que incluya el área medica, física, psicológica y social puede llevar a la persona discapacitada a lograr con éxito su reinserción social.
- La población masculina es la mas expuesta a presentar lesiones de la medula espinal, esto guarda relación muy estrecha con el tipo de actividad a la cual se dedican los hombres en la sociedad salvadoreña. Las afecciones medulares por su parte se presentan tanto en hombres como en mujeres.
- El impacto psicológico de la lesión medular es mayor que el causado por la afección medular, ya que la primera se adquiere de forma abrupta, mientras que en la segunda existen síntomas que anuncian la evolución de la situación discapacitante
- Cuando se trasciende de la limitación física a la limitación psicológica en la esfera cognitiva, ésta barrera es suficiente para estancar o frenar el proceso de rehabilitación integral debido a que la personase niega a ayudarse a si misma.
- La falta de información acerca de la sexualidad genera interrogantes, e inquietudes acerca del propio desempeño de la persona en su nuevo estilo de vida.
- La discapacidad obliga a las personas a adaptarse a un nuevo estilo de vida que los hace presentar un perfil con rasgos o características psicológicas negativas que interfieren a lo largo del proceso de la rehabilitación y reinserción social.
- El éxito en la adaptación de la persona a su nuevo estilo de vida va a depender de factores como la motivación, el apoyo familiar, los logros en terapia física, el grado de integración social que logren, y la actitud hacia la

situación que enfrentan. Ya que estos factores son herramientas básicas en el proceso de rehabilitación.

- La situación de discapacidad que enfrentan estas personas los llevan a experimentar sentimientos de desvalorización y de minusvalía, que provocan a la vez baja autoestima.
- La escasez de personal en el área de psicología imposibilita brindar una atención integral al paciente discapacitado y su familia, debido a que solo es una persona en esa área a causa del presupuesto de la institución.
- La falta de programas recreativos genera en las personas discapacitadas aburrimiento y pasividad. Los cuales promueven actitudes negativas como poca vitalidad y sociabilidad reducida en algunos casos.
- La falta de personal médico y de enfermería imposibilita brindarle al discapacitado una atención adecuada a las necesidades que presentan.

RECOMENDACIONES:

- Implementar el programa propuesto en esta investigación, a fin de solventar las necesidades psicológicas de los pacientes para lograr una rehabilitación integral.
- Realizar un estudio acerca de la sexualidad de las personas discapacitadas, ya que es tema poco abordado y que debe estar incluido en su proceso de rehabilitación para darle así una dimensión integral.
- Elaborar y desarrollar programas psicológicos basados en las necesidades que presentan las personas discapacitadas por lesiones y afecciones medulares, encaminados a el área sexual.
- Solicitar por parte de la institución ayuda a los respectivos departamentos o escuelas de psicología de los diferentes centros de educación superior a fin de solventar la escasez de personal en esta área y lograr la implementación del programa propuesto y de otras actividades complementarias.

- Supervisar las actividades de los practicantes en las áreas de medicina, psicología y fisioterapia, a fin de proporcionar una atención adecuada a los pacientes del Aparato Locomotor con el objetivo de guiarlos a una rehabilitación integral.
- Implementar actividades recreativas dentro de la calendarización anual con el propósito de generar en ellos actitud positiva hacia la institucionalización, lograr mejoras en las relaciones sociales y en su estado anímico.
- Organizar actividades psicológicas orientadas hacia los familiares de los discapacitados con el fin de involucrarlos mas en el proceso de rehabilitación y reinserción social.
- Elaborar y desarrollar un programa psicológico dirigido al personal que labora en la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares con el propósito de que aprendan a manejar las situaciones cotidianas que enfrentan y así mejorar la interacción que tienen al momento de atender a las personas discapacitadas.

VII. BIBLIOGRAFIA

- BAPTISTA LUCIO, PILAR
FERNÁNDEZ COLLADO, CARLOS
HERNÁNDEZ SAMPIERI, ROBERTO
- “Metodología de la Investigación”, 2° edición.
Editorial Mc Graw Hill, 2000.
- ENGLER, BARBARA
- “Teoría de la Personalidad”, 4° edición
Editorial Mc Graw Hill, 1996.
- TAMAYO Y TAMAYO, CARLOS
- Metodología Formal de la Investigación Científica”, 2ª edición, Editorial Limusa México 1994.
- SISTI, ELVIO
- “Salud Mental de Base”
1ª edición, UCA editores, San Salvador 1995.
- OMS / OPS
- Clasificación Internacional de las Discapacidades y Minusvalías”
1ª revisión, Perú, 1990.
- OCÉANO MOSBY
- Diccionario de Medicina.
Grupo Editorial Océano, S.A.,
Barcelona 1996.
- SECRETARIA NACIONAL DE LA FAMILIA
- Reglamento de la Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad”. 2001.

SECRETARIA NACIONAL D LA
FAMILIA

“Política Nacional y Ley de
Equiparación de Oportunidades para
Personas con Discapacidades” , 2000.

CONAIPD, 2000

“VIVENCIA”. Revista informativa,

AMAYA, LORENZO;
DORA ALICIA

HENRIQUEZ, Aplicación de un Programa de
Entrenamiento Artesanal y su Relación
con el Cambio Actitudinal hacia el
Trabajo Productivo de tipo Artesanal
en Adultos Minusválidos Físicos
comprendidos entre los 20 y 40 años
del Centro del Aparato Locomotor de
San Salvador”. Universidad de El
Salvador, 1989.

LARIOS, ALMA YANIRA;
NUVIA

“Validación de un Programa Vivir con
una Limitación, un Reto y la Influencia
del Trabajo en Personas Parapléjicas”.
Universidad Evangélica de El
Salvador, 1998.

www2.ops.org.sv/

www.conaipd.org.sv/

www.monografias.com

ANEXOS

ANEXO 1

ORGANO LEGISLATIVO

DECRETO N° 888

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR,

CONSIDERANDO:

- I. Que la Constitución de la República, establece que la persona humana es el origen y el fin de la actividad del Estado, quien deberá implementar las providencias necesarias para la consecución de la justicia, la seguridad jurídica y el bien común; debiendo además asegurar a sus habitantes el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social;
- II. Que toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad y al trabajo; estableciendo además la igualdad de los gobernados ante la ley independientemente de sus creencias, nacionalidad, raza, sexo o condición física;
- III. Que por diversas circunstancias, adquiridas o congénitas, la persona humana es susceptible a la disminución de sus capacidades físicas, mentales, psicológicas y sensoriales, lo que crea una condición de desventaja con sus semejantes que les dificulta su integración plena a la vida social, por lo cual se hace necesario tomar medidas que permitan a las personas con discapacidad, incorporarse a la sociedad sin ninguna clase de discriminación.

POR TANTO,

En uso de sus facultades constitucionales y a iniciativa del Presidente de la República por medio del entonces Ministro de la Presidencia; y, de los Diputados José Rafael Machuca Zelaya, Silfide Marixa Pleytez de Ramirez, Norman Noel Quijano González, Elvia Violeta Menjivar, Miguel Angel Sáenz Varela, Mauricio González Ayala, Alvaro Gerardo Martín Escalón Gómez, René Oswaldo Rodríguez Velasco, Román Ernesto Guerra, María Elizabeth Zelaya, Ramón Díaz Bach, Zoila Beatriz Quijada, Mario Alberto Juárez Dubón, Ernesto Angulo y Mauricio Díaz Barrera.

DECRETA la siguiente:

LEY DE EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CAPITULO I

OBJETIVO DE LA LEY, DERECHOS Y CONCIENTIZACION SOCIAL

Art. 1.- La presente Ley tiene por objeto establecer el régimen de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidades físicas, mentales, psicológicas y sensoriales, ya sean congénitas o adquiridas.

El Consejo Nacional de Atención Integral para las Personas con Discapacidad, que en lo sucesivo de la presente ley podrá llamarse el Consejo, formulará la política nacional de atención integral a las personas con discapacidad.

Art. 2.- La persona con discapacidad tiene derecho:

1. A ser protegida contra toda discriminación, explotación, trato denigrante o abusivo en razón de su discapacidad.
2. A recibir educación con metodología adecuada que facilite su aprendizaje.
3. A facilidades arquitectónicas de movilidad vial y acceso a los establecimientos públicos y privados con afluencia de público.
4. A su formación, rehabilitación laboral y profesional.
5. A obtener empleo y ejercer una ocupación remunerada y a no ser despedido en razón de su discapacidad.
6. A ser atendida por personal idóneo en su rehabilitación integral.
7. A tener acceso a sistemas de becas.

Art. 3.- A fin de generar igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos, el Estado y la sociedad en general deberán impulsar programas orientados a propiciar la concientización social sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Art. 4.- La atención integral de la persona con discapacidad se hará efectiva con la participación y colaboración de su familia, organismos públicos y privados de salud, educación, cultura, deporte y recreación, de apoyo jurídico, de bienestar social y de trabajo, previsión social, y todas las demás entidades que dadas sus atribuciones tengan participación en la atención integral.

CAPÍTULO II REHABILITACION INTEGRAL

Art. 5.- Todas las personas con discapacidad deberán tener acceso a los servicios de rehabilitación integral.

Art. 6.- El Estado, a través de las instituciones correspondientes, deberá crear, dotar, educar y poner en funcionamiento, los servicios e instituciones de rehabilitación y recuperación necesarios, para atender a la población con discapacidad.

Art. 7.- La participación de la persona con discapacidad y su familia, deberá ser fomentada en todos los establecimientos públicos, privados y las comunidades que desarrollen programas de rehabilitación.

Art. 8.- Para el logro de la atención integral, el Estado deberá impulsar acciones encaminadas a la prevención, detección precoz, diagnóstico oportuno e intervención temprana de discapacidades.

Art. 9.- Las instituciones rehabilitadoras deberán formular sus planes de conformidad a la Política Nacional de Atención Integral que establezca el Consejo.

Art. 10.- Toda institución que inicie su determinado proceso de rehabilitación, deberá coordinarse con otras entidades afines que desarrollen programas de seguimiento en servicios de menor complejidad cercanos al domicilio de los usuarios, o en planes de hogar que complementen su esfuerzo.

Art. 11.- Las instituciones del Estado conformarán los equipos de profesionales, que aseguren una atención multidisciplinaria para cada persona según lo precise, y garanticen su integración socio-comunitaria.

CAPÍTULO III ACCESIBILIDAD

Art. 12.- Las entidades responsables de autorizar planos y proyectos de urbanización, garantizarán que las construcciones nuevas, ampliaciones o remodelaciones de edificios, parques, aceras, jardines, plazas, vías, servicios sanitarios y otros espacios de propiedad pública o privada, que impliquen concurrencia o brinden atención al público, eliminen toda barrera que imposibilite a las personas con discapacidades, el acceso a las mismas y a los servicios que en ella se presten. En todos estos lugares habrá señalización con los símbolos correspondientes.

Art. 13.- Los establecimientos públicos o privados, deben contar por lo menos, con un tres por ciento de espacios destinados expresamente para estacionar vehículos conducidos o que transporten personas con discapacidad, estos espacios deben estar ubicados cerca de los accesos de las edificaciones.

Art. 14.- Los vehículos conducidos o que transporten personas con discapacidad deberán contar con una identificación y autorización para el transporte y estacionamiento, expedida por las autoridades competentes en materia de transporte.

Art. 15.- Los establecimientos públicos o privados deberán procurar que los ascensores cuenten con facilidades de acceso, manejo, señalización visual, auditiva, y táctil y con mecanismo de emergencia, de manera que puedan ser utilizadas por todas las personas.

Art. 16.- Para garantizar la movilidad y seguridad en el transporte público, deberán establecerse normas técnicas congruentes a las necesidades de las personas con discapacidad; asimismo, se acondicionarán los sistemas de señalización y orientación de espacio físico.

Art. 17.- Las instituciones públicas o privadas procurarán que los programas de información al público, sean presentados en forma accesible a todas las personas.

CAPÍTULO IV EDUCACION

Art. 18.- El Estado debe reconocer los principios de igualdad de oportunidades de educación en todos los niveles educativos para la población con discapacidad, y velará porque la educación de estas personas constituyen una parte integrante del sistema de enseñanza.

Art. 19.- Las personas con discapacidades, previa evaluación, podrán integrarse a los sistemas regulares de enseñanza, los cuales deberán contar con los servicios de apoyo apropiados y accesibilidad.

Art. 20.- El Estado fomentará la formación de recursos humanos para brindar formación a personas con necesidades educativas especiales.

Art. 21.- El acceso a la educación de las personas con discapacidad deberá facilitarse en el centro educativo que cuente con recursos especiales mas cercano al lugar de residencia de estas.

Art. 22.- A los padres de familia o encargados de estudiantes con discapacidades se les garantizará el derecho a participar en la organización y evaluación de los servicios educativos.

CAPÍTULO V INTEGRACION LABORAL

Art. 23.- El sector público y la empresa privada facilitarán la integración laboral a las personas con discapacidad.

Art. 24.- Todo patrono privado tiene la obligación de contratar como mínimo por cada veinticinco trabajadores que tenga a su servicio, a una persona con discapacidad y formación profesional, apta para desempeñar el puesto de que se trate.

Igual obligación tendrá el Estado y sus dependencias, las instituciones oficiales autónomas, las municipalidades, inclusive el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y la Comisión Hidroeléctrica del Río Lempa.

Para determinar la proporción de trabajadores establecida en el inciso anterior, se tomará en cuenta a todos los obreros y empleados de las Instituciones señaladas.

Art. 25.- Los obligados a contratar los trabajadores a que se refiere el artículo anterior dispondrán de un año, contado a partir de la vigencia del presente Decreto para cumplir con tal obligación.

Si no la cumplieren dentro de ese plazo, se sujetarán a lo que establece el artículo 627 del Código de Trabajo y al procedimiento establecido en la Sección Segunda del Título Único del Libro Quinto del mismo Código; sin perjuicio de cumplir en el tiempo que determine el Director General de Trabajo, con lo establecido en el artículo anterior.

Art. 26.- Se fomentará el empleo de trabajadores con discapacidad, mediante el establecimiento de programas de inserción laboral.

Art. 27.- Los equipos interdisciplinarios de valoración existentes en los centros de rehabilitación que cuenten con programas de rehabilitación profesional, determinarán en cada caso, mediante resolución motivada, las posibilidades de integración real y la capacidad de trabajo de personas con discapacidad.

La evaluación y calificación definitiva será determinada por la institución que atendió el caso previamente calificado por el Consejo y, tendrá validez en cualquier institución ya sea pública, privada o autónoma.

Art. 28.- Corresponde al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, a las instituciones de seguridad social y todas aquellas, públicas o privadas, que tuvieren programas de formación profesional, la puesta en marcha de los beneficios de sus programas a la población de personas con discapacidad, de acuerdo con la oferta y demanda del mercado laboral.

Art. 29.- El Estado a través del Ministerio de Trabajo y otras instituciones especializadas en rehabilitación profesional para personas con discapacidad dará asesoramiento técnico, a los empleadores para que puedan adaptar el empleo y el entorno a las condiciones y necesidades que permitan desarrollar el trabajo.

Art. 30.- Las instituciones de seguridad social deberán buscar por todos los medios posibles, la forma para que la atención de sus derechohabientes incluya a las personas con discapacidades en grado severo, que no sean rehabilitadas y que por lo tanto tengan que depender económicamente de por vida de otra persona, para que sean beneficiarios de pensión de orfandad ya sea del padre, de la madre o de ambos, en cuyo caso tendrán derecho a ambas, siempre que cada uno de ellos hubiere adquirido individualmente el derecho a pensión.

Lo establecido en el inciso anterior, es sin perjuicio de los derechos establecidos por la Constitución y demás leyes, en favor de otras personas.

Art. 31.- Cuando un asegurado, tenga beneficiarios con discapacidades ya sean congénitas o adquiridas no rehabilitables, estos tendrán derecho a recibir del Instituto Salvadoreño del Seguro Social o de la institución que haga sus veces, los servicios de salud mientras dure la relación laboral de aquel.

Art. 32.- En las actividades sociales y comunitarias de las personas con discapacidad, el personal profesional que les atiende, sus familiares y municipalidades deberán promover su plena integración eliminando las barreras sociales.

Art. 33.- Los padres o encargados de los menores con discapacidades propiciarán su rehabilitación desde las edades tempranas, haciendo prevalecer los derechos de estos, no ocultándoles ni negándoles dicha rehabilitación. Así mismo, deberán orientarlos y apoyarlos para que los hijos no asuman actitudes destructivas en su integridad física, psíquica y social.

CAPÍTULO VI DISPOSICIONES GENERALES

Art. 34.- El Estado a través de sus diferentes instituciones, deberá apoyar al ente rector o coordinador, para que lleve un registro actualizado a nivel nacional de las personas con discapacidad.

Art. 35.- El Presidente de la República dictará el Reglamento de la presente Ley, para facilitar y asegurar la aplicación de la misma en un plazo no mayor de ciento ochenta días, contados a partir de su vigencia.

Art. 36.- El Consejo, será el ente Rector de la Política Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad y coordinará las acciones desarrolladas por los diversos sectores en beneficio de las personas con discapacidad.

Art. 37.- Derógase el Decreto Legislativo 247 de fecha 31 de octubre de 1984, publicado en el Diario Oficial No. 207, Tomo No. 285, del siete de noviembre del mismo año, así como también cualquiera otra disposición que se oponga a las contenidas en la presente Ley.

Art. 38.- El presente Decreto entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

DADO EN EL SALÓN AZUL DE LA ASAMBLEA LEGISLATIVA, San Salvador, a los veintisiete días del mes de abril del año dos mil.

JUAN DUCH MARTINEZ,
PRESIDENTE.

GERSON MARTINEZ,
PRIMER VICEPRESIDENTE.

CIRO CRÚZ ZEPEDA PENA,
SEGUNDO VICEPRESIDENTE.

RONAL UMAÑA,
TERCER VICEPRESIDENTE.

NORMA FIDELIA GUEVARA DE RAMÍROS,
CUARTA VICEPRESIDENTA.

JULIO ANTONIO GAMERO QUINTANILLA,
PRIMER SECRETARIO.

JOSE RAFAEL MACHUCA ZELAYA,
SEGUNDO SECRETARIO.

ALFONSO ARISTIDES ALVARENGA,
TERCER SECRETARIO.

GERARDO ANTONIO SÚVILLAGA GARCÍA,
CUARTO SECRETARIO.

ELVIA VIOLETA MENJIVAR,
QUINTA SECRETARIA.

JORGE ALBERTO VILLACORTA MUÑOZ,
SEXTO SECRETARIO.

CASA PRESIDENCIAL: San Salvador, a los dos días del mes de mayo del año dos mil.

PUBLIQUESE.

FRANCISCO GUILLERMO FLORES PEREZ,
Presidente de la República.

JORGE ISIDORO NIETO MENENDEZ,
Ministro de Trabajo y Previsión Social

ANEXO 2

DESCRIPCION SITUACIONAL DE LA MUESTRA

Nombre	Edad	Lugar de procedencia	Fecha de ingreso	Cuadro clínico	Causa
1. J.U	20	Comalapa, La Paz	21-agosto-02	Paraplejía	Accidente de transito
2. P. G.	47	Ahuachapán	22- julio- 02	Paraplejía Asimétrica	Trauma(caída)
3. R. s.	70	San Salvador	Ext.	Paraplejía	Trauma(caída)
4. J.T.	29	San Salvador	19- agosto-02	Paraplejía	Accidente de trabajo
5. E.G.	18	Lourdes, Colón La Libertad	14- agosto- 02	Paraplejía	H.P.A.F.
6. J.R.	48	San Salvador	15-juli-02	Paraplejía	Trauma(caída)
7. M.O.	47	San Salvador	3 sept.-02	Paraplejia	Espina bifida- fractura
8. R.S.	25	Acajutla, Sonsonate		Paraplejía, Fx T12-L1	
9. D.M.	14	San Salvador	14- sept.-02	Paraplejía	dx. indefinido
10. V.A.	52	San Salvador	16- julio-02	Paraplejía Flácida	Tumor Medular
11. J. S.	36	Ciudad Delgado, San Salvador	10- julio-02	Paraplejía Flácida	Fue soterrado
12. J.G.	56	San Salvador	8-julio-02	Paraplejía	Tumor Medular
13. J.A.	30	Ciudad Delgado, San Salvador	19- junio-02	Paraplejía Flácida, Fx T12-L1	Caída de 3mts. Aprox.

14. L.A.	43	San salvador	13- junio-02	Paraplejía	Trauma(caída)
15. M.A.	35	San Salvador	12- junio-02	Paraplejía	hernias
16. E. L.	14	Aguilares, Chalatenango	29- mayo-02	Paraplejía Espástica	Caída de árbol
17. J.A.	17	San marcos San Salvador	11- abril-02	Paraplejia por mielitis transversa	Mielitis transversa
18. J.R.	31	San Salvador	23- julio-02	Fx C4- C5	Accidente de transito
19. J.R.	39	San Salvador	Ext.	Cervical	Trauma(caída)
20. H.P.	17	Santa Ana	1-sept-02	Paraplejía	H:P:A:F:
21. R.L.	19	Ilopango San Salvador	16-sept.-02	Paraplejía	H:P:A:F:

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE H. G. BELL

NOMBRE: _____
 Primer Apellido Segundo Apellido Nombres
 FECHA DE HOY: _____ SEXO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
 HORA DE INICIO: _____ HORA AL TERMINAR: _____ DURACION: _____

Núm.	SI	NO	?	Núm.	SI	NO	?	Núm.	SI	NO	?	Núm.	SI	NO	?	Núm.	SI	NO	?
1	•			29				57				85	•			113	•		
2				30				58				86				114			
3				31				59				87				115			
4	•			32				60				88				116	•		
5				33				61				89	•			117			
6				34				62				90				118			
7				35				63				91				119			
8				36				64				92				120	•		
9				37				65				93				121			
10	•			38				66				94				122			
11				39				67				95	•			123	•		
12				40				68				96				124			
13				41				69				97				125	•		
14				42				70				98	•			126			
15				43				71				99				127			
16				44				72				100				128	•		
17	•			45				73				101				129			
18				46				74				102				130			
19				47				75				103				131			
20				48				76				104				132	•		
21				49				77				105				133			
22				50				78				106	•			134			
23				51				79				107				135			
24				52				80				108				136	•		
25				53				81	•			109	•			137			
26				54				82				110				138			
27				55				83				111				139			
28				56				84				112				140			

EVALUACION: A _____ B _____ C _____ D _____
 EXAMINADOR: _____

ANALISIS DE RESULTADOS DE LA PRUEBA H. G. BELL

Los puntajes obtenidos en la prueba dejan claro una relación directa entre adaptación a la salud y adaptación familiar, debido a que los porcentajes en los niveles bueno, promedio e insatisfactorio son similares para las dos áreas.

La adaptación social en el que la población evaluada refleja estar bien, ya que al sumar los porcentajes de los niveles bueno y promedio se observa que la mayoría de la población posee niveles de adaptación social aceptable.

En la adaptación emocional, los niveles bueno, promedio y excelente brindan resultados representativos de que mas de la mitad de la muestra se encuentra bien en esta área en particular.

Por otra parte, partiendo de los resultados la relación que se observa entre adaptación social y emocional no es tan directa , aquí inciden aspectos particulares de la situación y la historia de cada uno de los pacientes evaluados.

Como resultado de la evaluación en las áreas social, emocional, familiar y de la salud, se puede observar que casi la mitad de la población tiene un nivel de adaptación aceptable, una tercera parte de ellos esta en un nivel insatisfactorio de adaptación general y una porción aun mas pequeña se ubica en un nivel muy insatisfactorio.

ANÁLISIS CUALITATIVO PPG – IPG

Según los resultados obtenidos en administración del inventario de personalidad ppg – ipg se ha encontrado que la prueba evalúa presentan una tendencia a los perfiles bajos y medios y en muy pocos casos se presentan perfiles altos; por lo que es necesario evaluar cada uno de los rasgos que la prueba explora, para el caso de ascendencia (Asc) se encontró que la mayoría de la población se encuentra ubicada en un perfil bajo, lo que se asocia con personas que juegan un papel pasivo dentro de un grupo, que prefieren escuchar antes que hablar, posee poca confianza en si mismos y en la mayoría de los casos dejan que otros tomen aquellas decisiones importantes de la vida por lo que suelen depender de los demás la mayor parte del tiempo. Para aquellos cuyo perfil es alto se asocian con características de dominancia e iniciativa en situaciones de grupo, son seguros de si mismo y toman decisiones sin dejarse influir por los demás.

La responsabilidad(Res) alude la constancia y perseverancia en las tareas propuestas aunque no sean de su agrado e interés, características solo de una pequeña parte de la población, aquella que presentan perfiles altos; para el caso de este rasgo de personalidad, la mayoría obtuvo un perfil bajo, situación que puede asociarse a características tales como la de eludir las responsabilidades asignadas y el abandono de las tareas cuando dejan de interesar o cuando los resultados no son los esperados.

En cuanto estabilidad emocional(Est) se refiere, se puede decir que la distribución de perfiles estuvo similar en bajos y medios asociándose esto aun ajuste emocional deficiente para los perfiles bajos y dificultades de ajuste emocional en determinadas áreas en los perfiles medios. Se debe mencionar que en este rasgo la diferencia entre puntajes bajos y altos no estuvo bien marcada y que las características para este grupo son: ausencia de hipersensibilidad, tolerancia a la frustración y buen equilibrio, situaciones que permiten a su vez una adecuada sociabilidad (Soc). rasgo en también se encontró que solo una cuarta parte de la población se ubico en los perfiles altos y son personas a la que se le facilitan el trato con los demás, pueden y gustan de trabajar con otros, mientras que la mayoría que se ubico en los perfiles bajos se

caracterizan por poseer una restricción general en los contactos sociales y en los casos extremos, una evitación real de toda relación social.

En lo que respecta a cautela (Cau) se ha encontrado población con perfiles bajos los cuales poseen características de impulsividad o de pensar poco antes de actuar lo que conlleva muchas veces con dificultades o situaciones no planificadas. Los perfiles medios se han asociados con la impulsividad aunque en menores proporciones, es decir, que solo actúan así ante determinadas situaciones. Los perfiles altos poseen características como la de ser muy precavidas, consideran muy cuidadosamente todos los detalles antes de tomar una decisión, son personas a las que no les gusta arriesgarse decidir a la ligera. En este rango se ubico una parte considerable de la población para cada uno de los niveles, existiendo una pequeña diferencia entre los mismos.

Al hablar de originalidad (Ori), se define a los sujetos a quienes les gusta trabajar en tareas difíciles, intelectualmente curiosos, que les gusta planear y solucionar situaciones difíciles características propias de personas con perfiles altos de los cuales fueron alcanzados por la población solo en una décima parte; mientras que los demás llegaron a perfiles bajos los cuales se asocian a personas no preocupadas por adquirir conocimientos ni interesadas en solucionar problemas.

Los perfiles altos encontrados en comprensión (Com), presentan a personas que tienen fe y confianza en los demás, son tolerantes, pacientes y comprensivos en las relaciones que establecen; mientras que los perfiles bajos son obtenidos por las personas críticas, a quienes les irrita o molesta lo que hacen o hablan los demás ; la mayor parte de las personas evaluadas obtuvieron perfiles bajos.

En vitalidad (Vit), se encontró que la mayoría de la población se ubico en percentiles bajos, cuyas características son de poseer poca vitalidad o impulso, que se prefiere un ritmo lento o se cansa fácilmente, y cuyo resultado o producción es menor; los percentiles medios indican el esfuerzo de las personas por realizar el trabajo a un ritmo mayor y con mejores resultados , mientras que los percentiles altos obtenidos solo por una mínima parte de la población poseen vigor y energía, les gusta trabajar con rapidez y en consecuencia, hacen mas que los demás.

Con respecto a autoestima se encontró que la mayoría de la población posee autoestima baja pues se ubicaron en percentiles bajos, mientras que una quinta parte de la población se ubico en percentiles altos situación que puede indicar la intención de las personas de presentarse con una buena imagen ante los evaluadores.

ANEXO 5

GUIA DE ENTREVISTA PARA LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

OBJETIVO:

RECOPIRAR INFORMACION ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS Y NECESIDADES PERSONALES DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS EN RELACION A SU PROBLEMÁTICA.

NOMBRE: _____ EDAD _____

GENERO MASC. _____ FEM _____

ESCOLARIDAD _____

VIVEN CON USTED : _____

TELEFONO : _____

1) HAGA UNA DESCRIPCION DE USTED LO MAS COMPLETA POSIBLE, MENCIONE LAS CUALIDADE POSITIVAS Y NEGATIVAS QUE TIENE

CUALIDADES POSITIVAS	CUALIDADE NEGATIVAS
A	A
B	B
C ETC....	C ETC....

--	--

2) MENCIONE LAS CUALIDADES POSTIVAS QUE USTED TIENE.

3) ¿CÓMO SE LLEVA USTED CON LAS PERSONAS QUE CONOCE AQUÍ Y AFUERA DE LA INSTITUCION?

4 ¿CÓMO VE USTED SU SITUACION ACTUAL?

5 ¿QUÉ ES LO QUE USTED PUEDE HACER? UNA HABILIDAD EN ESPECIAL

6 ¿HA TENIDO MOMENTOS EN LOS QUE SE HA SENTIDO ENOJADO O TRISTE, Y QUE LO HA HECHO SENTIRSE ASI?

7 ¿TIENE SIGNIFICADO LA VIDA PARA USTED?

SI ____ NO ____

8 ¿QUE METAS TIENE USTED A CORTO Y A LARGO PLAZO?

9 ¿CÓMO ES LA RELACION CON SU FAMILIA?

10 ¿HA CAMBIADO LA RELACION CON SU FAMILIA A RAIZ DE SU SITUACION?

11 ¿QUÉ OPINA DE LOS SERVICIOS QUE LE BRINDA LA INSTITUCION?

ANEXO 6

ENTREVISTA A PSICOLOGA

OBJETIVO:

RECOPILAR INFORMACION ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS

NOMBRE: RUTH ELIZABETH GUEVARA DE JIMENEZ

TIEMPO DE LABORAR EN LA INSTITUCION 10 AÑOS

- 1) ¿CUÁLES SON LAS CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS QUE PRESENTAN LAS PERSONAS DISCAPACITADAS?

tristeza, algunos son manipuladores utilizan su estado de convalecencia , dependientes, desanimados, con frustración, depresivos, decaen a mitad del proceso, no aceptación de la situación

- 2) ¿A QUE GENERO (MASC. O FEM) PERTENECE LA POBLACION CON MAYOR PREVALENCIA EN LA INSTITUCION ?

masculino

- 3) ¿A QUE SE DEDICABAN ESTAS PERSONAS ANTES DE ADQUIRIR LA CONDICION DE DISCAPACITADAS Y QUE ACTIVIDAD REALIZAN ACTUALMENTE?

Trabajos en construcción, jornaleros, agricultores, unos pocos tienen estudios o carrera universitaria

- 4) ¿QUÉ TIPO DE AYUDA ES LA QUE BRINDA LA INSTITUCION A LA PERSONA DISCAPACITADA Y A SUS FAMILIARES?

Terapia física, equipo para rehabilitación (se les hacen precios especiales), terapia ocupacional, terapia y orientación psicológica, atención médica .

5) A SU CRITERIO, ¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES PSICOLOGICAS QUE HAY QUE SATISFACER DE FORMA INMEDIATA EN ESTAS PERSONAS?

Hay que trabajarles su auto estima , sacarlos de su crisis depresiva y potenciarles sus cualidades

6) ¿CON QUE PERSONAL CUENTA LA INSTITUCION PARA BRINDAR ATENCION A LAS PERSONA QUE LA SOLICITAN?

11 enfermeros, 1 medico general, 1 urólogo, 1 fisiatra, 1 neurocirujano, 1 psicóloga, trabajadora social, 3 fisioterapistas, 1 terapeuta ocupacional.

7) ¿QUÉ LIMITACIONES ENCUENTRAN PARA TRABAJAR CON LAS PERSONAS DISCAPACITADAS?

No se logra establecer buena empatía en algunos casos, la mayoría responden. En los casos especiales se trata de pacientes agresivos, muy reservados, con mala actitud y poco deseo de colaborar.

8) ¿EXISTEN PROGRAMAS DE ASISTENCIA PSICOLOGICA EN LAS INTITUCION?, ¿QUÉ RESULTADOS SE HAN OBTENIDO Y QUE DIFICULTADES SE HAN PRESENTADO DURANTE LA EJECUCION DE LOS MISMOS?

Se hacen terapias de grupo dos veces al mes, se coordina con fisioterapia para dar atención especial al paciente deprimido. Está incluido en el plan de trabajo

9) ¿CONSIDERA USTED QUE LAS FAMILIAS DE ESTAS PERSONAS LES BRINDAN A ELLO/AS EL APOYO QUE NECESITAN?

Si, son raros los casos en que los abandona la familia, y no siempre es un abandono voluntario es por que viven lejos

10) EN BASE A SU EXPERIENCIA ¿CÓMO REACCIONAN LAS PERSONAS ANTE LA ATENCION PSICOLOGICA?

Al principio hay que explicarles que es lo que hace el psicólogo, lo que no les gusta es ser remitidos al psiquiatra. Ya se han presentado casos de depresión clínica

ANEXO 7

GUIA DE ENTREVISTA A PERSONAL QUE ATIENDE A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD FISICA

(TRABAJO SOCIAL Y TERAPIA OCUPACIONAL)

OBJETIVO:

RECOPILAR INFORMACION ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS

NOMBRE: _____

EDAD _____

TITULO MEDICO O ESPECIALIDAD

1)¿CUÁL HA SIDO SU EXPERIENCIA AL TRABAJAR CON PERSONAS DISCAPACITADAS?

2) ¿QUÉ ACTITUDES OBSERVA EN LAS PERSONAS DISCAPACITADAS?

3)¿QUÉ NECESIDADES OBSERVA EN LAS PERSONAS DISCAPACITADAS?

4) ¿QUÉ ACTITUD SE OBSERVA EN LAS PERSONAS HACIA EL PROCESO DE REHABILITACION?

5) ¿QUÉ DIFICULTADES ENFRENTA USTED AL TRABAJAR CON PERSONAS DISCAPACITADAS?

6) ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE LESION MEDULAR EN NUESTRO MEDIO?

7) ¿QUÉ DIFICULTADES MANIFIESTA LA PERSONA DISCAPACITADA PARA SU PROCESO DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL?

8) ¿QUÉ NECESIDADES ESPECIFICAS VE USTED EN EL PROCESO DE REHABILITACION?

9) ¿CÓMO INFLUYE LA SITUACION ACTUAL DEL PAIS EN LA REALIDAD DE LA PERSONA DISCAPACITADA?

10) ¿ TIENE USTED CONOCIMIENTO DE INVESTIGACIONES QUE INVOLUCREN A LA PERSONA DISCAPACITADA CON LESION MEDULAR REALIZADAS EN NUESTRO MEDIO?

Respuestas obtenidas en la entrevista a profesionales que atienden a personas discapacitadas en la U.L.A.M.

ITEM	TRABAJADORA SOCIAL	TERAPISTA OCUPACIONAL
1	Es gratificante y de mucha enseñanza, cada día se aprenden algo nuevo de las personas.	Aprender sobre el manejo del paciente con esta dificultad.
2	Optimismo cuando inician el proceso; negativismo, a veces conformismo o agresividad hacia ellos mismos o hacia los demás.	Buena, ellos siempre han participado muestran interés en la terapia.
3	De todo tipo: económicas, físicas, afectivas y psicológicas.	Psicológicas, físicas vocacionales.
4	Buena cuando ellos piensan que van a volver a caminar rápido, pero cuando se dan cuenta de que no lo lograrán la actitud cambia por que piensan - para que voy a seguir-.	Es una buena actitud , yo procuro que ellos se sientan motivados a asistir y participar de la terapia.
5	Accidentes de transito, por arma de fuego, caídas.	Robo, por falta de medicina preventiva, accidentes de transito.
6	La misma convicción de la persona de que va a volver a caminar rápido y cuando se da cuenta que no va a ser así sus ánimos caen y ya no ponen mucho interés en la rehabilitación.	Falta de colaboración y la no conciencia de la aceptación.
7	Estar lejos de la familia, las dificultades económicas, la falta de ofertas laborales al salir de la institución y las dificultades del medio.	El desconocimiento de lo que esta afrontando, la situación económica, no poseer una actividad laboral para poder sostenerse al salir de la institución.
8	Atención psicológica, apoyo familiar, mayor atención medica.	Mas información al paciente sobre su situación y de las diferentes áreas de su vida que se verán afectadas y como afrontarlas , la falta de elaboración de un plan para el hogar
9	Hay leyes, pero no se cumplen no hay conciencias de las dificultades que las personas atraviesan, hay barreras de muchos tipos.	No se apoya a la persona, hay un desconocimiento muy grande sobre el tema.
10	Solo a nivel de trabajo universitario, específicamente en el área de fisioterapia.	No hay trabajos; yo me he informado porque he asistido a seminarios y talleres por iniciativa propia.

ANEXO 8

GUIA DE ENTREVISTA PARA FISIOTERPISTAS

OBJETIVO:

RECOPIRAR INFORMACION ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS

NOMBRE: _____ EDAD _____

TIEMPO DE LABORAR EN LA INSTITUCION _____

TITULO ACADEMICO/ESPECIALIDAD _____

- 1) ¿CUÁLES SON LAS CARACTERISTICAS QUE PRESENTAN LAS PERSONAS DISCAPACITADAS?

- 2) ¿DE QUE GENERO ES LA POBLACION DE MAYOR PREVALENCIA EN LA INSTITUCION?

- 3) ENTRE QUE EDADES OSCILAN LAS PERSONAS QUE ATIENDE LA INSTITUCION

- 4) CUALES SON LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE LESION MEDULAR, EN LA POBLACION ATENDIDA POR LA INSTITUCION?

5) QUÉ TIPO DE APOYO BRINDA LA INSTITUCION A LA PERSONA DISCAPACITADA?

6) A SU CRITERIO, ¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE LA PERSONA DISCAPACITADA QUE AMERITAN ATENCION INMEDIATA?

7) ¿QUÉ LIMITACIONES ENCUENTRA PARA TRABAJAR CON LAS PERSONAS DISCAPACITADAS?

8) CUÁNTAS ETAPAS INTEGRAN EL PROCESO DE REHABILITACION FISICA? EN QUE CONSISTEN

9) ¿QUÉ NIVEL DE PARTICIPACION TIENE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACION DE LA PERSONA DISCAPACITADA?

10) ¿EN QUE ETAPA SE PRESENTAN LAS DIFICULTADES MAS SIGNIFICATIVAS Y A QUE SE DEBEN?

las respuestas alas entrevistas realizadas al personal de fisioterapia que atiende a la población muestra del estudio

ITEM NUMERO	FISIOTERAPISTA 1 RESPUESTA	FISIOTERAPISTA 2 RESPUESTA	FISIOTERAPISTA 3 RESPUESTA
1	Deterioro físico, deprimidos al iniciar la terapia	Al principio son negativos, otros son optimistas y otros realistas	Pérdida de fuerza, sentimientos de impotencia
2	masculino	masculino	Masculino
3	12 años en adelante	0 años en adelante	Entre 18 y 35
4	Herida de bala, delincuencia en la calle	Accidentes de trabajo, herida por arma de fuego, trauma por caída	Traumatismo por golpe Alcoholismo Accidentes
5	Rehabilitación física y psicológica, hacerlos independientes	Terapia física Apoyo Lograr que sean independientes	La rehabilitación física Apoyo psicológico Reinserción social Control de rehabilitación
6	Emocional Económica Orientación sexual	Transporte Motivación Animarlos	Reinserción laboral A nivel físico recuperar la fuerza muscular
7	Poca constancia pesimismo	Quejas de dolor Excusas de cansancio	Nivel educativo Aceptación de la discapacidad
8	Etapas: hospitalización Institucionalización Aceptación de discapacidad Reinserción a la sociedad	Dependiente Independiente autoindependiente	Asistido Semi independiente Independiente
9	Poco, la mayor parte de las familias viven lejos	Al principio activo, se les da capacitación a los familiares Pero con el tiempo se descuidan	Apáticos No preguntan por ellos
10	En la etapa de aceptación, que puede durar de 2 a 6 meses	En la fase de dependencia cuando empiezan los ejercicios	En toda etapa hay dificultades, depende de la actitud del paciente, logran metas físicas pero ven su futuro incierto

ANEXO 9 - 10

GUIA DE ENTREVISTA AL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA QUE ATIENDE A PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA

OBJETIVO:

RECOPIRAR INFORMACION ACERCA DE LAS CARACTERISTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS

NOMBRE _____

TITULO ACADEMICO PROFESIONAL _____

1)¿CUÁL HA SIDO SU EXPERIENCIA AL TRABAJAR CON PERSONAS DISCAPACITADAS?

2) ¿QUÉ ACTITUDES OBSERVA EN LAS PERSONAS DISCAPACITADAS?

3)¿QUÉ NECESIDADES OBSERVA EN LAS PERSONAS DISCAPACITADAS?

4)¿QUÉ ACTITUD SE OBSERVA EN LAS PERSONAS HACIA EL PROCESO DE REHABILITACION?

6) ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE LESION MEDULAR EN NUESTRO MEDIO?

5) ¿QUÉ DIFICULTADES ENFRENTA USTED AL TRABAJAR CON PERSONAS DISCAPACITADAS?

7) ¿QUÉ DIFICULTADES MANIFIESTA LA PERSONA DISCAPACITADA PARA SU PROCESO DE REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL?

8) ¿QUÉ NECESIDADES ESPECIFICAS VE USTED EN EL PROCESO DE REHABILITACION?

9) ¿CÓMO INFLUYE LA SITUACION ACTUAL DEL PAIS EN LA REALIDAD DE LA PERSONA DISCAPACITADA?

10) ¿ TIENE USTED CONOCIMIENTO DE INVESTIGACIONES QUE INVOLUCREN A LA PERSONA DISCAPACITADA CON LESION MEDULAR REALIZADAS EN NUESTRO MEDIO?

representa las respuestas obtenidas en la entrevista al personal medico y de enfermería que atiende a personas discapacitadas en la U.L.A.M

ITEM	RESPUESTA DRA.	RESPUESTA JEFE DE ENFERMERAS	RESPUESTA ENFERMERO1	RESPUESTA ENFERMERO 2	RESPUESTA ENFERMERA 3
1	Se llega a conocer a los pacientes y se aprecia como la discapacidad los deprime	Las personas discapacitadas necesitan atención física y emocional	Triunfos en las personas que logran sus metas y derrotas cuando no	Son variadas las experiencias por que son personas que necesitan mucha ayuda	Conocer la importancia de transmitir el deseo de auto independencia en cada persona con limitaciones
2	En los adolescentes agresividad y en los adultos impotencia	De negación al principio, poco a poco se va aceptando la discapacidad	Deseo de superación, espíritu de lucha cuando se lleva un buen tratamiento	Entrega, optimismo, deseos de realizar las actividades	Negación , conformismo Agresividad, estar a la defensiva
3	Atención medica, Afiliación Afecto	Necesidad de ser tomado en cuenta, que se valore su trabajo	Emocionales, espirituales , económicas.	Emocionales Espirituales Recreativas	Amor, integración necesidades económicas
4	Abandono de si mismos identificación con las institución	Algunos por su depresión dejan de interesarse en su rehabilitación	Cuando el proceso va bien responden, cuando no, se ponen mal	Tienen mucho deseo y empeño en su rehabilitación	Un 50% deseos de salir adelante, el otro 50% conformismo
5	Herida por arma de fuego, accidentes domésticos	Herida por arma de fuego, caída de árbol, accidente de transito	Accidente de transito, herida por arma de fuego, caída de árbol	Caídas, accidentes de trabajo, herida por arma de fuego, desastres naturales	Heridas por arma de fuego, Accidentes de transito y ácidas
6	No aceptación del problema, agresividad	ninguna	Cuando se inicia un tratamiento y no se termina	Ninguna , se acomoda	No contar con los suministros adecuados para su confort, la falta de talleres de rehabilitación profesional para el paciente interno
7	Cuesta la reinserción a la comunidad, no hay muchas empresas que acepten gente con discapacidad	Falta de transporte colectivo accesible, no se ha dado seguimiento a la ley de equiparación de oportunidades	Falta de estudio de paciente, políticas para lograr esa metas	Falta de iniciativa y de interés	La discriminación, el modo de transportarse, lo económico
8	Hace falta personal en terapia física, en psicología y en enfermería	El usuario interno necesita capacitaciones laborales en los programas de rehabilitación profesional	Políticas nuevas, planes, metas y tratamientos bien definidos.	Más apoyo del gobierno en cuanto al personal calificado y el equipo necesario	Área de internado para capacitación profesional, dispositivos y mobiliario en buen estado, ventilación atención psicológica
9	Incluye sobre todo en los que sostienen su hogar	Si afecta a la gente normal, mucho más a ellos con su discapacidad	En la pobreza, es difícil, la poca educación es una barrera para comprender que se puede salir adelante	Influye en todas formas, el paciente con poco recurso económico tiene pocas oportunidades	Le brinda pocas oportunidades de incorporarse a la vida útil
10	A nivel de medicina y fisioterapia son constantes, en psicología son pocas	Si hay	No	Primero habría que profundizar para conocer mejor y poder involucrar al paciente discapacitado en todas sus formas	No.

ANEXO 11
GUIA DE OBSERVACIÓN

Objetivo: observar las conductas de las personas discapacitadas en diferentes actividades.

Paciente: _____ sexo: _____ edad: _____ fecha: _____

1- Apariencia física

Higiene personal: _____ _____ cabello: _____ vestuario: _____ otros: _____ _____

Conductas	Ausentes	Presentes
- sociable - tristeza - agresividad - aislamiento - llanto - grita - poco comunicativo - alegre - rechazo - cooperación - amable - distraído - afectivo - timidez - apatía - dependencia - agitación - participación - manipulación		

Otros: _____

RESUMEN DE OBSERVACIONES

Durante las visitas realizadas a la unidad de lesiones y afecciones medulares, el grupo investigador se auxilió de guías de observación con las que se pretendía llevar un registro de las conductas y actitudes que los pacientes presentaban en sus actividades diarias ya fuesen éstas en su interacción con otros pacientes, con el personal que los atiende, en la realización de su terapia o en su tiempo libre.

El resultado de éste proceso evidenció una serie de situaciones que han sido retomadas para la elaboración del perfil psicológico y para la propuesta del programa del programa de tratamiento.

En general se puede decir que los pacientes presentan un adecuado cumplimiento de los hábitos de higiene y limpieza, sus ropas limpias, cabellos ordenados; en el caso de las mujeres es permitido el uso de ciertos cosméticos, pero es requisito el uso de pants, en el caso de los hombres , ellos pueden utilizar pants o pantalones cortos(no mas de 10 cms. Arriba de la rodilla), en ambos casos la ropa no debe interferir con la realización de los ejercicios dados por los fisioterapeutas.

La actividad de los pacientes inicia alrededor de las 5:00 am hora designada para el baño diario; el desayuno es servido a las 7:00, para iniciar los ejercicios a las 8:00am los cuales finalizan a eso de las 12:00m ; a la 1:15 pm se realiza una sesión grupal de terapia física .

El almuerzo es servido alrededor de las 12:15 pm, hora a partir de la cual, se presentan los familiares para estar un momento con los internos, en muchos casos son los familiares los que se encargan de la alimentación de los pacientes ya que a éstos últimos la comida servida por la institución no les resulta de su agrado. Personal de la unidad manifestó que el menú era supervisado por un nutricionista, pero el grupo investigador no pudo contactar con esta persona.

Con respecto a la terapia física se puede decir que es responsabilidad de 3 fisioterapeutas los cuales tienen a su cargo un determinado número de pacientes, el gimnasio no es muy amplio debido a eso, los pacientes tienen un horario asignado para asistir a su terapia.

Con respecto a la consulta psicológica, ésta se realiza por las mañanas y la encargada de esta área distribuye el tiempo y sesiones a su criterio y de acuerdo a las necesidades de los pacientes y la cantidad de internos en la unidad, se debe enfatizar que solo existe un profesional en esta área y además atiende a los pacientes que han sufrido de accidentes cardiovasculares que son ingresados en la misma unidad.

En lo que respecta a las relaciones que se establecen entre los pacientes se puede decir que están caracterizadas en su mayoría por el respeto entre ellos, se brindan apoyo y colaboración mutua, los que poseen mayor movilidad ayudan a aquellos que poseen un grado mayor de compromiso y que no pueden desplazarse con la misma agilidad.

Muchas veces estas personas colaboradoras son sobre utilizadas por otros que han asumido una actitud pasiva y manipuladora dentro de la institución, actitud que se ve igualmente reflejada en la terapia física, apoyo psicológico y otras actividades que deberían poder realizar por el nivel de rehabilitación en el que se encuentran.

Además es frecuente observar la formación de grupos de pacientes con edades similares, esto no quiere decir que no se relacionen con los otros pero la calidad de las relaciones sociales es distinta, la edad hace diferir en intereses y motivaciones a las personas.

Las relaciones que establecen con los profesionales se caracterizan por el respeto, pero están determinadas por las características de personalidad de los profesionales, así como por la naturaleza de la labor que realizan con ellos; tal es el caso que las mejores relaciones se establecen con los fisioterapeutas, con los que se llevan bien, el trato es relajado dando paso a las bromas y risas sin llegar al irrespeto.

Las relaciones con la psicóloga se observan distantes , llegando algunos a no conocer a la profesional , en algunos casos rehuyen a las sesiones con ella, situación que se extrapoló en un principio a los miembros del grupo investigador , ya que en un primer momento el establecimiento del rapport se vió dificultado por la poca información que los pacientes manejaban sobre lo que es la psicología y la labor de un psicólogo.

En las relaciones con el personal medico y de enfermería , los pacientes muestran una actitud muy cerrada hacia estos profesionales, los cuales por la naturaleza de sus ocupaciones se muestran fríos y distantes con los pacientes.

En la aplicación de instrumentos psicológicos, los pacientes siempre mostraron buena disposición y colaboración, aunque activaron sus mecanismos de defensa en muchos casos al querer ocultar reacciones ante los reactivos del H G Bell y tratar de aparentar que todo estaba bien.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



"PROPUESTA DE PROGRAMA DE APOYO PSICOLOGICO A LAS PERSONAS DISCAPACITADAS POR LESION Y AFECCION MEDULAR QUE RECIBEN ATENCION EN EL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR, CON SEDE EN EL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION DE INVALIDOS"

**PRESENTADO POR :
NORA AZUCENA PEREZ CANTON
IRIS JUDITH HERNANDEZ CARRANZA
HUMBERTO JOSE PEREZ GOMEZ**

**COORDINADOR DE SEMINARIO DE GRADUACION
LIC. ISRAEL RIVAS**

**DIRECTOR DE TESIS
LIC. EVARISTO MORALES**

**PROPUESTA DE PROGRAMA DE APOYO PSICOLOGICO A LAS
PERSONAS DISCAPACITADAS POR LESION Y AFECCION
MEDULAR QUE RECIBEN ATENCION EN EL CENTRO DEL
APARATO LOCOMOTOR, CON SEDE EN EL INSTITUTO
SALVADOREÑO DE REHABILITACION DE INVALIDOS**

índice		Pag.
I	Justificación.....	141
II	Presentación del programa.....	142
III	Fundamentación teorica.....	143
IV	Objetivos.....	144
V	Requisitos.....	145
VI	Procedimiento.....	145
VII	Recursos.....	146
VIII	I etapa: Inductiva.....	147
	Jornada 1: Dinámica de conocimiento.....	148
	Jornada 2: lluvia de ideas	150
	Jornada 3: apadrinamiento.....	152
	Jornada 4: Charla de orientación sobre normativa de la institución.....	155
IX	II etapa : Preparatoria.....	157
	Jornada 1: Ejercicios de respiración.....	158
	Jornada 2: Visualización.....	161
	Jornada 3: Tensión relajación.....	164
X	III etapa: intervención psicológica.....	168
	Jornada 1: Técnica de desahogo.....	169
	Jornada 2: Charla de orientación sobre Autoestima.....	173
	Jornada 3: ¿Como soy?.....	176
	Jornada 4: entrenamiento asertivo.....	179
	Jornada 5: Afecto no verbal.....	181
	Jornada 6: Cine forum.....	184
	Jornada 7: compartiendo el problema.....	186
	Jornada 8:Charla de orientación en sexualidad.....	188
XI	IV etapa: orientación para la reinserción social.....	191
	Jornada 1: orientación sobre la ley de equiparación de oportunidades.....	192
	Jornada 2: Charla de orientación vocacional.....	194
	Jornada 3: planificación de reacondicionamiento físico de la casa.....	196
	Jornada 4: orientación sobre el aseo y cuidados personales...	198
XII	Anexos.....	200

JUSTIFICACIÓN

La situación de discapacidad afecta a la persona en las dimensiones física, limitando la independencia de la que se gozaba; psicológica, los cambios ocurridos a nivel físico interfieren en el adecuado funcionamiento psíquico de la persona y social, pues el medio no ofrece oportunidades de superación para las personas discapacitadas transformándole la vida a partir de la adquisición de la misma.

El estilo de vida, las actividades y la forma de conducirse cambian significativamente y ahora están marcados por las limitaciones físicas que pueden trascender en una limitación psicológica y volverse una barrera que no permite que la persona crezca y cambie en su proceso de rehabilitación.

Se hace necesario que la persona discapacitada reciba atención psicológica en esta situación nueva de limitación física que la vuelve dependiente y vulnerable, todo esto con el fin de evitar que la limitación física se convierta en una excusa para acomodarse a una situación convaleciente y renunciar a la oportunidad de continuar con su vida y con las actividades que pueden significarle una opción para valerse por sí mismo/a socialmente.

La situación psicológica de la persona con discapacidad encierra un conjunto de características negativas como la baja autoestima, que sumada a la situación de baja vulnerabilidad social de ellos, plantea un cuadro poco esperanzador, que incluye el tener una visión poco optimista del futuro y una ansiedad e incertidumbre que se alimenta de las preocupaciones naturales de ellos sobre el afecto que les pueden tener sus seres queridos y la valoración que de ellos puede hacer la sociedad.

PRESENTACION DE PROGRAMA

El programa que se presenta a continuación es producto de una investigación realizada con personas discapacitadas atendidas en la Unidad de Lesiones y Afecciones Medulares del Centro del Aparato Locomotor con sede en el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos.

El propósito que persigue este programa es el de complementar la atención psicológica brindada a las personas discapacitadas y con ello contribuir a un proceso de rehabilitación integral, que permita en un futuro una mejor adaptación y reinserción social.

Como técnicas a emplear están las de relajación, visualización, expresión y manejo de emociones, cognitivas, de Autoconocimiento; todas fueron seleccionadas para el abordar aquellas situaciones psicológicas que ameritan de atención, ya que interfieren en mayor o menor grado a los discapacitados

La aplicación y desarrollo del programa requerirá la participación del personal especializado en las siguientes áreas: psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, medicina, enfermería, trabajo social, leyes y sexualidad. Así como la participación del grupo familiar en actividades terapéuticas.

Las sesiones serán ejecutadas individual y colectivamente según sea la necesidad y la naturaleza del tema a tratar.

El programa consta de 19 jornadas, dividido en cuatro fases: inducción, preparatoria, intervención psicológica y orientación para la reinserción social. La duración de las jornadas dependerá del grado de profundidad que se establezca en el tema y si esta es individual o colectiva, con un tiempo

promedio de una hora con la posibilidad de extender el tiempo si esto fuera necesario.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA

El programa se fundamenta en la visión humanista existencial, que plantea que la modificación de la concepción interna que el discapacitado tiene de si mismo y de su mundo es vital para operar un cambio en la actitud hacia los demás y hacia la propia situación discapacitante.

Las actividades están orientadas a permitirle al discapacitado una vivencia positiva y menos traumática de su proceso de rehabilitación, promoviendo la capacidad de autoevaluarse sin prejuicios o actitudes negativas. Haciendo del autoconocimiento una herramienta de superación personal y no la fuente de un juicio critico muy duro de sí mismo y de su propia situación.

Con la aplicación del programa se busca promover un cambio en la visión de la persona sobre si misma y como el mundo lo percibe para evitar el estancamiento en la superación personal y lograr así una reinmersión social adecuada.

Para la elaboración de las actividades del programa se han retomado los elementos teóricos planteados por diferentes autores humanistas que mas se adecuan alas necesidades psicológicas de las personas a las que esta dirigido el programa.

Entre estas se encuentran técnicas cognitivas con las cuales se busca generar un cambio en la forma de pensar y de percibir al mundo de estos individuos y así propiciar cambios conductuales que faciliten su rehabilitación integral.

Otras técnicas utilizadas son las que se basan en el aprendizaje social, con las que se busca mostrarle al individuo a través de ejemplos reales y concretos que la rehabilitación e integración es posible si existe el esfuerzo suficiente que se requiere para lograr ese objetivo.

Al retomar la corriente humanista existencial se ha buscado brindar el apoyo psicológico al paciente como tal sin dejar de lado los elementos del medio social que lo rodean e inciden en su situación y que en muchas ocasiones son los responsables de la autolimitación que ellos experimentan.

La ventaja de la corriente humanista es que en términos de atención psicológica presenta un estilo de terapia no directiva, la cual favorece la empatía con el paciente, y la relación terapéutica es propicia para generar cambios que se buscan, ya que el paciente se siente aceptado y no criticado por su forma de pensar o sentir.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

GENERAL:

Brindar apoyo psicológico a las personas discapacitadas que reciben atención en la unidad de Lesiones y Afecciones medulares del Centro de Aparato Locomotor.

ESPECIFICOS:

- Guiar a la persona a través de su proceso de rehabilitación para que este le resulte agradable y provechoso y se aminore así la naturaleza traumática de algunas vivencias que pueden suceder dentro del mismo.

- Incidir en las barreras psicológicas para lograr en el discapacitado una actitud positiva hacia la superación personal.

REQUISITOS

1. Que el paciente cuente con un expediente psicológico previo a iniciar el programa, en el cual se irán incluyendo los avances que se obtengan en el desarrollo del mismo.
2. Que la persona este en proceso de rehabilitación física en el Centro del Aparato Locomotor.
3. La participación del grupo familiar en las actividades que sea requerido.
4. La participación de los pacientes discapacitados en las actividades del programa.
5. La participación de los pacientes en el programa no deberá incluir costos adicionales para ellos; ya que el material deberá ser proporcionado por la institución.
6. Las actividades de programa deberán ser realizadas en horarios que no interfieran con ninguna de las demás actividades brindadas por la institución como: rehabilitación física, servicios médicos, etc.

PROCEDIMIENTO

Para la selección y ejecución de este programa se propone lo siguiente:

- Se sugiere que el psicólogo encargado realice una entrevista para obtener datos relevantes sobre: la familia su situación emocional y discapacitante, económica y social del individuo y su grupo familiar(apertura de expediente
- Realización de un convenio entre las partes involucradas familia-paciente-psicólogo, para ser parte activa del proceso de rehabilitación psicológica.

- La ejecución del programa psicológico se realizara en 15 jornadas dirigidas a los pacientes y 4 que se realizaran en conjunto con la familia del discapacitado. En total 19 jornadas divididas en cuatro etapas.
- Llevar un registro constante de los cambios evidenciados en cada paciente con el fin de brindar mayor atención hacia aquellos que lo requieran.
- Al finalizar con el programa es necesario realizar una evaluación final de los resultados basándose en la observación, los cambios de actitud, de conducta y los resultados de la rehabilitación.

RECURSOS

a). Materiales:

- Local con buena ventilación e iluminación, suficiente espacio, mobiliario apropiado a la actividad; y que en caso necesario brinde la actividad debida cuando se requiera.
- Otros recursos a utilizar son : papel, lápiz, plumones, papelografo, acetatos, retroproyector, videos, videgrabadora(vhs), cassettes con sonidos ambientales, grabadora, laminas con figuras (caritas), tirro, etc.

b). Humanos:

Psicóloga/o, Pacientes, Grupos familiares, Profesionales de diferentes áreas.

Tiempo:

El programa de apoyo psicológico contiene 19 jornadas divididas en cuatro etapas, la duración es de 60 minutos pudiendo incrementar el tiempo en caso necesario.

**I ETAPA
INDUCTIVA**

OBJETIVO

- .INDUCCIÓN DE LOS PACIENTES AL PROCESO DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y REHABILITACIÓN.

Jornada 1 DINÁMICA DE CONOCIMIENTO.

Jornada 2 LLUVIA DE IDEAS.

Jornada 3 APADRINAMIENTO.

Jornada 4 CHARLA DE ORIENTACION SOBRE AUTOESTIMA.

**I ETAPA
JORNADA1**

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
Dinámica de Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Generar un ambiente de integración y confianza. • Descubrir intereses y motivarlos a ver las cosas que tienen en común. • Promover la socialización entre ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se solicita a los participantes identificarse dando su: nombre, lugar de procedencia. - Durante 20 minutos deberán de tratar de conocer al mayor numero de personas a través de una serie de preguntas. - Pasado este tiempo cada uno dirá a quienes conoció y que sabe sobre ellos. - Reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Facilitador pacientes • Materiales: Papelografo Plumón tirro 	<ul style="list-style-type: none"> • Averiguar entre ellos a quienes lograron conocer. • Que cosas han descubierto que tienen en común(interese ses, aficiones, etc.)

DESCRIPCION DE LA TECNICA DINAMICA DE CONOCIMIENTO

El facilitador iniciara la jornada con un saludo, pidiendo a los participantes se ubiquen en semicírculo para la presentación de cada uno de ellos, diciendo:

- Nombre
- Edad
- Lugar de donde provienen

Procediendo el facilitador les indicara que en 20 minutos deben tratar de conocer al mayor numero de personas a través de estas preguntas:

- Nombre
- ¿qué le gusta hacer?
- ¿qué no le gusta hacer?
- ¿cuál es comida preferida?
- Tipo de música que le gusta escuchar
- Personas con las que vive

Pasados los 20 minutos el facilitador indicara que se deben volver a ubicar en semicírculos y cada uno de los participantes dirá a quienes conoció, y que sabe sobre ellos.

Luego el facilitador iniciara la reflexión con estas preguntas:

- ¿cómo se sintió al hablar con las otras personas?
- ¿por qué cree haberse sentido de esa forma?
- ¿descubrieron que tienen en comen con otros?
- ¿qué piensa sobre conocer otras personas?
- ¿ ¿le gustaría repetirla?
- qué le aprecio la actividad?

I ETAPA
JORNADA 2

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
"Lluvia de Ideas"	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la situación psicológica de los pacientes. • Conocer las expectativas que los pacientes tienen sobre la rehabilitación. • Conocer las inquietudes personales y los intereses que los pacientes tienen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento del tema por parte del facilitador(psicóloga). • Solicitar al grupo que aporten ideas que permitan abordar distintos aspectos del tema propuesto. • Motivar la participación de todos para que expresen sobre el tema en cuestión. 	<ul style="list-style-type: none"> • humanos: pacientes psicóloga • materiales: papelografo plumones local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un resumen sobre lo discutido en la jornada. • Indagar si las expectativas sobre la rehabilitación han cambiado.

DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA

LLUVIA DE IDEAS

- Saludo por parte de la psicóloga.
- Le pide se ubique en un semicírculo, frente a el papelografo.
- La psicóloga escribirá el tema en discusión. Se propone : la rehabilitación física y psicológica.
- Después se les pregunta sobre rehabilitación(pidiendo a los participantes que colaboren con ideas sobre el tema).
 - ¿ que es la rehabilitación física?
 - ¿qué creen ustedes que es la rehabilitación psicológica?
 - ¿ cuales son las inquietudes sobre el tema?
- La psicóloga escribe todas las ideas que los participante dicen sobre el papelografo, sin dejar fuera ninguna opinión.
- Luego empieza a desarrollar el tema explicando con términos sencillos, haciendo participar a los discapacitados en la actividad.
- Luego la psicóloga despeja las inquietudes que los participantes tengan sobre el tema.
- Después la profesional les preguntara ¿qué fue lo que aprendieron?;¿si sus expectativas variaron?; ¿si le agrado la actividad y porque?
- Se cierra la actividad agradeciéndoles e invitándoles a seguir participando en las jornadas.

I ETAPA
JORNADA 3

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
"Apadrinamiento"	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción de las personas recién ingresadas a la institución y a sus compañeros. • Brindarle apoyo emocional a la persona recién institucionalizada. • Reforzar el autoestima de los padrinos. 	<ul style="list-style-type: none"> • elección de los posibles padrino por parte de la psicóloga. • Orientación a los padrinos sobre el papel a desempeñar. • Establecimiento de normas dentro del grupo de padrinos. • Asignación del padrino a la persona a brindar apoyo. • Reportes periódicos a la psicóloga sobre los avances de cómo se desarrolla la relación padrino-ahijado 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Pacientes de nuevo ingreso Padrinos • Materiales: Papel Lápiz plumones 	<ul style="list-style-type: none"> • A través de los reportes, de las observaciones sobre como el paciente se ha integrado al grupo y como el padrino se motiva para seguir sirviendo de facilitador.

DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA

APADRINAMIENTO

- La psicóloga debe seleccionar a los candidatos idóneos para que colaboren como padrinos, esto basándose en el análisis de expedientes psicológicos, la observación de la conducta y su actitud hacia el proceso.
- Teniendo a las personas idóneas para apadrinar, se convocan a una reunión donde se les pide su colaboración como voluntarios para servir como orientadores en el proceso de inducción de los de nuevo ingreso, explicándoles el papel que deben de jugar en el apadrinamiento.
- Se les pregunta si quieren colaborar y si aceptan se convocan para la siguiente reunión en la cual se establecen normas a seguir para el apadrinamiento (estas normas se establecerán entre el psicólogo y los padrinos).
- La psicóloga estudiara los expedientes de los de nuevo ingreso y busca entre los colaboradores, asignándole un padrino a cada nuevo paciente.
- Cada padrino busca a la persona asignada, presentándose y poniéndose a la disposición.
- El padrino explica al de nuevo ingreso como es el proceso de la institución, las actividades a realizar, los horarios de visita, etc
- El padrino busca acercamiento con el ahijado compartiendo sus experiencias, temas de interés sobre la rehabilitación los beneficios de esta, etc.
- El psicólogo/a y el padrino sostendrán reuniones cada 15 días donde se darán reportes sobre la situación del paciente y la convivencia con este.
- El psicólogo/a debe hacer las orientaciones pertinentes para cada caso.
- El psicólogo/a debe felicitar al padrino por el trabajo que esta realizando, con palabras que ayuden a la mejoría de su autoestima.
- El apadrinamiento terminara cuando el psicólogo/a y el padrino lo consideren necesario.

- El psicólogo/a evaluara el trabajo del padrino y anexara al expediente psicológico un informe sobre el papel que desarrolló el padrino durante la actividad.
- Al finalizar el psicólogo/a tendrá una reunión con el padrino y su ahijado donde se evaluara la actividad con preguntas como:
 - ¿qué le pareció tener un padrino?
 - ¿cuál fue su experiencia?
 - ¿cómo se sintió de ser un padrino?
 - ¿en qué cree Ud. Que ayudo?
 - ¿le gustaría volver a colaborar?
- Se agradece por la colaboración, realzando la importancia de la ayuda brindada.

I ETAPA

JORNADA 4

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
“Charla de Orientación”	<ul style="list-style-type: none">• Introducir al paciente a su proceso de rehabilitación y darle a conocer las normas de la institución.• Espacio para preguntas y respuestas.	<ol style="list-style-type: none">1. modalidad en grupo (para aquellos que puedan desplazarse):<ul style="list-style-type: none">• reunir al grupo de recién ingresados en un local apropiado y darles la información relativa a su rehabilitación y a las normas institucionales.2. modalidad para los que se encuentran en cama:<ul style="list-style-type: none">• La psicóloga se los explicara directamente.	<ul style="list-style-type: none">• Humanos: Facilitador Pacientes• Materiales: Local folleto	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas para despejar dudas sobre lo expuesto.• Indagar sobre la adaptación que han tenido hasta el momento.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

CHARLA DE ORIENTACIÓN

Modalidades en grupo.

- La psicóloga/o convoca a una reunión a los de nuevo ingreso a la incisión.
- Se les da la bienvenida a la institución explicándoles como es el proceso de la rehabilitación, los pasos a seguir, el objetivo de esta, así como también algunas de las normas establecidas en la institución.
- Se les pregunta inquietudes sobre los expuestos y se aclaran dudas.
- Se cierra la actividad agradeciéndoles e invitándoles a las otras jornadas.

Modalidad individual:

- La psicóloga se acerca al paciente encamado y sigue el proceso antes explicado

Nota: Ver anexo A, del programa

**II ETAPA
PREPARATORIA**

OBJETIVO

- FORMACION Y PREPARACION PARA ENTRAR A LA ETAPA DE INTERVENCION PSICOLOGICA.
- FOMENTAR EL HABITO DE LA RELAJACION MEDIANTE LA RESPIRACION PARA AFRENTAR SITUACIONES DE ESTRÉS.

Jornada 1 EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN.

Jornada 2 VISUALIZACIÓN.

Jornada 3 TENSION Y RELAJACIÓN.

II ETAPA
JORNADA 1

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
"Ejercicios de Respiración"	<ul style="list-style-type: none"> • Que la persona aprenda a relajarse mediante la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a las personas formando un semicírculo • Orientar a las personas sobre la utilidad del ejercicio. • Dar la consigna. • Guiar el ejercicio. • Compartir la experiencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Pacientes • Materiales: Grabadora Sonidos ambientales local 	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante la observación de la postura y actitudes de ellos. • Guía de preguntas para averiguar en que ocasiones se puede utilizar la técnica.

DESCRIPCION DE TECNICA EJRCICIOS DE RESPIRACION

- El psicologo encargado de realizar la actividad dará la bienvenida a los participantes, agradeciendo la asistencia.
- Luego se les pide a los participantes ubicarse en semicírculo, para iniciar con la actividad.
- Se inicia dando una pequeña explicación sobre la técnica a realizar, el encargado de la actividad, con palabras sencillas explicara los beneficio que tiene el practicar estos ejercicios y en que circunstancias son de gran utilidad.

El profesional dice: “todos respiramos, el hacerlo correctamente nos ayuda en gran medida, el respirar correctamente puede ayudarnos a relajar nuestro cuerpo, la relajación normaliza nuestros procesos físicos mentales y emocionales. Los ejercicios de respiración son de gran utilidad para problemas de ansiedad, cuando nos sentimos tristes, enojados, irritados, molestos para la tensión muscular y fatiga.....”

Nota: utilizar palabras sencillas y fáciles de comprender.

- Después el profesional les pide a todos los participantes que se pongan cómodos, verificando el encargado que todos estén en posición de relajación, procediendo a decirles:

“ahora cierran los ojos e intenten relajar su cuerpo, (poner música con sonidos ambientales) si nota que alguna parte de su cuerpo esta tenso intente relajarlo.. ahora haga una profunda inspiración manténgala, después expulse el aire lentamente; mientras este exhalan relaje todo su cuerpo, intente imaginarse que esta viendo como se relajan todos sus músculos, es como si alguien estuviera pasando una varita mágica, empezando por su cabeza avanzando progresivamente hasta los pies.... conforme la varita mágica baja usted siente como las partes de su cuerpo por las que ella va pasando , va quedando

relajadas. (Haga esto 5 veces) Respire de la misma forma otra vez, pero ahora cuando empieza a exhalar , pronuncie para si mismo la palabra <<R-E-L-A-X>> lentamente, de forma que cuando llegue a la <<X>> haya recorrido todo su cuerpo relajándolo completamente, desde la cabeza hasta los pies. (Repítalo 5 veces).”

Nota: hacer modificación de la consigna según se crea conveniente, tomando en cuenta las características físicas de los participantes.

- El profesional debe estar muy atento a observar: la actitud, postura, concentración, colaboración, comprensión de las indicaciones, y dificultades de los participantes .
- Terminando con la serie de ejercicios se les pide volverse a incorporar, abriendo los ojos.....lentamente.
- A continuación se les hace una serie de preguntas para evaluar la actividad: ¿qué les pareció la actividad?, ¿Lograron relajarse?, ¿por qué creen que fue ese el resultado que obtuvieron?, ¿Qué sintieron? ,¿les gustaría volver a repetir esta técnica? ,¿En que circunstancias creen ustedes que pueden implementar lo aprendido en esta ocasión? ,¿para que les pueden servir estos ejercicios?
- Se cierra la actividad agradeciéndoles a los participantes por su asistencia, invitándoles a ser uso de esta herramienta terapéutica cuando ellos la consideren necesario, y además recordarles las próximas jornadas.

Nota: Ver anexo B, del programa

II ETAPA
JORNADA 2

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
Visualización Técnica de asignación de colores	<ul style="list-style-type: none"> • Que la persona haga conciencia del contenido cognitivo de sus experiencias y vivencias emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicar a las personas en semicírculo. • Explicarles la utilidad de ejercicio. • Ejercicios de respiración para relajar. • Guiar visualización • Compartir la experiencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Pacientes • Materiales: Local Grabadora Sonidos ambientales 	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante los relatos de la experiencia • Observar la postura y actitud • El nivel de relajación alcanzado. <p>(retomar a los que no lograron relajarse y darles seguimiento en la consulta individual)</p>

DESCRIPCION DE LA TÉCNICA

ASIGNACION DE COLORES

1. El psicólogo/a encargado de realizar la actividad dará la bienvenida a los participantes, agradeciendo la asistencia.
2. Luego se les pide a los participantes ubicarse en semicírculo, para iniciar con la actividad.
3. Se inicia dando una pequeña explicación sobre la técnica a realizar, el encargado de la actividad, con palabras sencillas explicara los beneficio que tiene el practicar estos ejercicios y en que circunstancias son de gran utilidad

“ Esta técnica ayudara para tener mejores resultado en las otras etapas del programa, la visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control en la mente, las emociones, y el cuerpo, y de esa forma poder modificar conductas que son poco beneficiosas para nuestra salud mental.....”.

Nota: utilizar palabras sencillas y fáciles de comprender.

4. Se inicia con la técnica

Poner música con sonidos ambientales

Se le indica que deben hacer los ejercicios de respiración que aprendieron en la jornada anterior, (es recomendable que sea dirigido por el encargado)

5. El Profesional da la consigna:

“Cierre los ojos, ... imagine que su cuerpo esta lleno de luces. Por ejemplo, una luz roja representa la tensión o el dolor y las luces azules representan la

relajación ...pausa..... Imagínese las luces cambiando del rojo al azul o bien del azul al rojo y observe cualquier sensación física que experimente mientras tanto....pausa....ahora imagínese que todas las luces de su cuerpo han adquirido un color azul y experimente con ello la sensación de una relajación total.”

6. El profesional debe estar muy atento a observar: la actitud, postura, concentración, colaboración, comprensión de las indicaciones, y dificultades de los participantes .

7. Al terminar con la técnica se les pide se incorporen nuevamente, felicitándolos por el desempeño en la actividad.

8. Se invita a los participantes a comentar sobre la actividad, que relaten su experiencia luego un espacio de preguntas, para despejar inquietudes, y el profesional evalúa la actividad, interrogándoles sobre la jornada:

¿cómo les pareció la actividad? ¿lograron visualizar? ¿por qué creen que fue ese el resultado que obtuvieron?, ¿Qué sintieron? ¿les gustaría volver a repetir esta técnica?

9. Se cierra la actividad agradeciéndoles a los participantes por su asistencia, e invitándolos a la próxima jornada.

• **II ETAPA**
JORNADA 3

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
<p>“Tensión Relajación”</p> <p>grupos de músculos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. faciales 2. cuello 3. hombros 4. brazos 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a relajar diversos grupos musculares • Fomentar la utilización de la técnica en la vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicación de los pacientes. • Explicar la utilidad del ejercicio. • Enfatizar en lo importante que es tomar en serio las instrucciones. • Ejercicios de respiración. • Guía del ejercicio, que se ejecutara tomando en cuenta el nivel de afectación física. • Comentar la experiencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Pacientes • Materiales: Grabadora Local Sonidos ambientales 	<ul style="list-style-type: none"> • Observar si se logro la relajación de los grupos musculares. • Las inquietudes de ellos respecto a la actividad.

DESCRIPCION DE LA TÉCNICA

TENSION RELAJACION

1. El psicólogo/a encargado da la bienvenida a los participantes, agradeciéndoles su participación en la actividad.

2. El profesional da una pequeña explicación sobre la actividad a realizar
“ estos son ejercicios de los cuales ustedes se pueden valer cuando se encuentren angustiados o nerviosos, ya que en estas situaciones ciertos músculos del cuerpo se pone tenso, si logran identificar cuales son esos músculos que se tensan podría experimentar una sensación opuesta a la tensión que es la relajación y usted se sentirá relajado por que sus músculos están relajados. Al aprender a utilizar la técnica esta servirá de autocontrol para toda su vida. Hacer relajación dos veces al día o en cualquier momento en que sienta lo necesite le ayudara a mantener un nivel bajo de ansiedad, le ayudara a dejar de sentir miedo de las cosas nuevas y a ciertas situaciones, en general a vivir mejor.....”

Nota: utilizar palabras sencillas y fáciles de comprender.

3. El profesional encargado hace un llamado a los participantes a realizar los ejercicios, con la debida seriedad.

4. El profesional les pedirá a los participantes:

mantengan la cabeza recta sobre los hombros, no la inclinen ni hacia delante ni hacia atrás, su espalda debe estar tocando el espaldar de la silla, debe colocar los pies en el suelo, ponga las manos sobre los muslos. Ahora puede comenzar a intentar relajarse (esta es la posición de relajación)

Poner música con sonidos ambientales

Se le indica que deben hacer los ejercicios de respiración que aprendieron en la jornada anterior, (es recomendable que sea dirigido por el encargado)

una vez que se encuentren cómodos, deben comenzar a tensar y relajar los grupos de músculos . cuando tense un músculo, intente notar en que zona particularmente siente la tensión. Es muy importante que consiga el máximo grado de tensión posible, tanta cuanto sea capaz de alcanzar para cada grupo de músculos.

Después debe concentrarse en lo que siente cuando los músculos están relajados. La secuencia por lo tanto es la siguiente: (1)Tensor los músculos en su grado máximo, (2)notar en todos los músculos la sensación de tensión, (3) relajarse y (4) sentir la agradable sensación de relajación.

Cuando tense una zona particular del cuerpo, debe mantener el resto del cuerpo relajado. (al principio puede ser difícil, pero con la practica lo conseguirá)

Hay que conceder tiempo suficiente para notar tanto la sensación de tensión como la de relajación, se debe mantener tensa cada parte del cuerpo durante unos 5 segundos y que se concentre en la relajación unos 10 segundos como mínimo.

Nota: se anexa la descripción de cómo tensar y relajar los distintos grupos musculares, con ilustraciones para una mejor comprensión de los ejercicios.

5. El profesional debe estar muy atento a observar: si lograron o no relajarse, a la actitud, postura, concentración, colaboración, comprensión de las indicaciones, y dificultades de los participantes .

6. Al terminar con los ejercicios se les pide se incorporen nuevamente, felicitándolos por el desempeño en la actividad.

7. Se invita a un espacio de preguntas, para despejar inquietudes, y el profesional evalúa la actividad, interrogándoles sobre la jornada:

¿cómo les pareció la actividad? ¿lograron relajar y tensar? ¿por qué creen que fue ese el resultado que obtuvieron?, ¿Qué sintieron? ,¿les gustaría volver a repetir esta técnica? ,¿En que circunstancias creen ustedes que pueden implementar lo aprendido en esta ocasión? ,¿para que les pueden servir estos ejercicios?.....

8. Se cierra la actividad agradeciéndoles a los participantes por su asistencia, invitándoles a ser uso de esta herramienta terapéutica cuando ellos la consideren necesario, y además recordándoles las próximas jornadas.

Nota: Ver anexo C, del programa

III ETAPA
INTERVENCION PSICOLOGICA

OBJETIVO

- .INCIDIR SOBRE LAS CARACTERIZTICAS PSICOLOGICAS NEGATIVAS QUE DESCRIBE EL PERFIL.

Jornada 1 TECNICA DE DESAHOGO

Jornada 2 CHARLA DE ORIENTACIÓN SOBRE AUTOESTIMA

Jornada 3 ¿CÓMO SOY?

Jornada 4 ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Jornada 5 AFECTO NO VERBAL

Jornada 6 CINE FORUM

Jornada 7 COMPARTIENDO EL PROBLEMA

Jornada 8 CHARLA DE ORIENTACION EN SEXUALIDAD

III ETAPA
JORNADA 1

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
<p>“Técnica de Desahogo” (individual)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr emociones y sentimientos sobre su situación discapacitante. • Generar en el paciente una nueva visión de su situación discapacitante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de relajación a través de ejercicios respiración. • Visualización del evento o trauma. • Relato de la situación vivida. • Mediante la relajación y palabras de apoyo tranquilizar a la persona. • Mediante la visualización generar metas a corto plazo sobre la rehabilitación. • Reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicólogo/a Paciente • Materiales: Consultorio psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> • A través de la observación a lo largo de la técnica. • El nivel de expresión emocional

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA

TÉCNICA DE DESAHOGO

- Se debe preparar el ambiente apropiado para la realización de esta técnica: en el consultorio o en un lugar donde no se presenten interferencias ya sea por terceros o del ambiente, a fin de que el paciente este lo mas cómodo posible así como tranquilo.
- La psicóloga indicara al paciente que realizaran una actividad para lo que es necesario logre relajarse.
- Se guiara al paciente en la relajación a través de la respiración (este ejercicio se ha desarrollado en la segunda etapa)
- Una vez lograda la relajación se procederá a guiar a la persona hacia la visualización dirigida. (desarrollado en la segunda etapa); en esta situación se le pedirá al paciente que recuerde y reviva las acciones o mementos que lo llevaron a enfrentar la situación causante de la discapacidad; se le pedirá que recuerde:

A: en el caso de los lesionados:

- ¿Que actividad realizo ese día?
- ¿Como se sentía ese día?
- ¿tuvo algún disgusto ese día?
- ¿qué hacia el momento del accidente o situación discapacitante?
- ¿qué ocurrió en ese momento?
- ¿ Perdió el conocimiento?
- ¿Recuerda cuando lo llevaron al hospital?
- ¿Cómo se sintió cuando despertó en el hospital?
- ¿Qué pensabas?
- ¿Qué sentías?
- ¿Qué hiciste? Etc.

B. en el caso de las afecciones:

- ¿La situación discapacitante se presentó repentinamente?
- ¿Qué síntomas hicieron que fuera al doctor?
- ¿Sentía algún tipo de dolor?
- Cuando sentías dolor ¿Cómo hacías para realizar tus actividades diarias?
- ¿Recuerdas cuantos exámenes te realizaron?
- ¿cómo fue el día que te dieron el diagnóstico?
- ¿Qué te dijo el doctor?
- ¿Qué hiciste?
- ¿Estabas solo?
- ¿Te explicó el doctor lo que le pasaría a tu cuerpo?
- ¿Te dijo cuánto tiempo faltaba para llegar a ese momento? (Paraplejia, Tetraplejía)
- ¿Te explicó el tratamiento a seguir?
- Cuando tuviste que utilizar la silla ¿Cómo te sentiste? ¿Qué reacciones tuviste? Etc.

La psicóloga podrá utilizar estas frases u otras que considere oportunas.

- En el momento de la visualización se le pedirá al paciente que vaya relatando su experiencia, se le invitara a expresarse libremente, que saque lo que siente y si siente deseos de llorar lo puede hacer con toda libertad, que todo es confidencial y le explicara cuanto le ayudara esto en su proceso de rehabilitación.
- Cuando el psicólogo lo estime conveniente procederá a tranquilizar a la persona nuevamente, a través de ejercicios de respiración.

- Siempre en estado de relajación se guiara al paciente a visualizar el proceso de rehabilitación se ayudara a establecer metas a corto plazo dentro del mismo.
- la psicóloga invitara al paciente a que relate como le pareció la experiencia, ¿cómo se siente?, ¿piensas que te ayudo en algo? ¿en que?, ¿Cuál es la primera meta que te has propuesto?, ¿cómo la alcanzaras?
- Para finalizar la psicóloga agradecerá la asistencia a la jornada y hará una invitación para futuras secciones.

III ETAPA
JORNADA 2

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
1. Charla de Orientación	<ul style="list-style-type: none"> • Crear conciencia de las consecuencias que trae una situación de baja autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador (psicóloga) formara parejas al azar y les pide que comenten entre ellos una anécdota de sus vidas que los hizo sentirse mal. • Luego indagara que tan seguido se sienten así. • Luego se les pide que comenten una experiencia positiva de sus vidas. • Se les pregunta que tan seguido se sienten así. • El facilitador concluye aclarando las consecuencias de tener una autoestima baja. • Elaborar con el paciente una lista de situaciones que le causan malestar. • El paciente debe describir sus reacciones ante estas situaciones. • Evaluar con los pacientes las diferentes reacciones a fin de que identifique el por que esas reacciones no son adecuadas. • El paciente debe establecer otras formas de reacción ante las situaciones que causen malestar. • Asignación de tareas • Reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Pacientes • Materiales: Papel Bolígrafo 	<ul style="list-style-type: none"> • Como se sintió relatando sus experiencias.
2. Disputa Racional	<ul style="list-style-type: none"> • Promover cambios positivos en la situación de autoestima de los pacientes (auto aceptación) 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente debe establecer otras formas de reacción ante las situaciones que causen malestar. • Asignación de tareas • Reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> • humanos: Psicóloga pacientes • materiales: Papel Bolígrafo 	<ul style="list-style-type: none"> • La habilidad del paciente para encontrar alternativas de solución o reacción . • Cumplimiento de tareas.

--	--	--	--	--

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA

CHARLA SOBRE AUTOESTIMA

- La psicóloga convoca a los pacientes en numero par de preferencia.
- Se pide a los pacientes que formen pareja y que compartan una anécdota que los hizo sentir mal.
- Finalizado el relato entre ellos, comparten y reflexionan que tan seguidos se sienten así.
- Se vuelven a formar parejas a criterio de la psicóloga se solicita al grupo seguir con la misma pareja o cambiar de persona.
- Se inicia la modalidad ahora compartiendo una anécdota o experiencia que les hizo sentir bien.
- Se reflexiona sobre que tan seguido se sienten así.
- Las inquietudes obtenidas y las conclusiones y reflexiones serán utilizadas en las futuras sesiones individuales.

Segundo momento:

- El psicólogo explicara brevemente y con palabras sencilla lo que es Autoestima, en que consiste la autoestima baja, los efectos que tiene en la persona etc.
- El psicólogo invitara a los participantes a que expresen que los hace sentir mal , como reaccionan, y escribirá todo lo que digan en un pápelo grafo.
- Después el profesional y los participante analizaran la forma de cómo reaccionan ante la situaciones e invitara a los pacientes a buscar formas mas adecuadas a reaccionar.

- El psicólogo dejara una tarea, que consistirá en que lleven un registro sobre las situaciones que en un periodo de una semana los hizo sentirse mal, como reaccionado, y como consideran ellos que deberían haber reaccionado. Esto lo compartirán en la consulta privada con la psicóloga.

Nota: Ver anexo D, del programa

III ETAPA
JORNADA 3

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
¿Cómo Soy?	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr un mejor conocimiento de si mismo abriéndose a la opinión que los demás tienen sobre el /ella. • Partiendo del auto análisis generar una actitud positiva orientada al pensamiento personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la dinámica por la psicóloga • Entrega de caritas que representan los diversos estados de animo. • Cada uno debe pegarse una carita que represente su forma de ser(¿ como soy?). • Girar alrededor de sus compañeros y pegarles una carita según la forma de ser de ellos. Sin decir nada. • Con la ayuda de un compañero o de la psicóloga recoger las caritas para determinar el tipo de carita que mas fue asignada. Haciendo una reflexión personal • Participación de la psicóloga explicando sobre los estados de animo las actitudes y recomendaciones de cómo manejar los estados de animo. • Reflexión grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Pacientes • Materiales : Local adecuado Caritas de papel Tirro Plumones Grabadora Caselles 	<ul style="list-style-type: none"> • El grado de participacion. • Aportes en la reflexión grupal. • Los cambios de conducta generados.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

¿COMO SOY?

- La dinámica se realizara en un local amplio que permita el libre desplazamiento de los participantes.
- Se entregara a cada participante una cantidad indeterminadas de caritas con diferentes expresiones, también se les proporcionara tirro para poder pegarlos en el cuerpo de los otros participantes.
- La psicóloga procederá a explicar la actividad a realizar:
 - Cada uno tiene unas caritas con diferentes expresiones: alegres, tristes, serios, enojado, etc, de esas caritas deben escoger una que representen su forma de ser se la deben de colocar por dentro de la camisa donde nadie la vea.
 - Cuando todos se hallan colocado su carita deben acercarse a los otros y sin decir nada deben pegarle una carita de cómo ven ustedes a esa persona.
- Cuando se ha terminado de poner las caritas se procede con la ayuda de la psicóloga a retirar las caritas de cada participante, las que se le entregaran al mismo para que haga un recuento sobre la cantidad de caritas que de cada expresión le fueron asignadas (esto se hará para cada caso).
- La psicóloga invitara a una reflexión individual y grupal en la que cada uno de los pacientes deberá evaluar la forma en como los demás los perciben y si este resultado coinciden con la forma que el cree que es y que presenta a los demás.
- La psicóloga deberá explicar como las facciones del rostro, la forma de hablar o de expresarse le indican al interlocutor sentimientos o actitudes contrarios a los que se sienten.
- Se explicara los estados de animo y como afectan en las actividades que se realizan.

- La psicóloga dará consejos de cómo manejar los estados de ánimo negativo.
- Finalizando con una reflexión sobre la actividad ¿cómo les pareció la actividad?, ¿les gustaría repetirla?, ¿Qué aprendieron?

Nota: Ver anexo E, del programa

ETAPA III
JORNADA 4

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
<p>“Entrenamiento Asertivo”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incidir en los estados depresivos, el resentimiento, la ansiedad por las inadecuadas relaciones interpersonales 	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicar a los pacientes alrededor de la mesa. • Darles una hoja de situaciones cotidianas en las que ellos responderán como reaccionarían ante esa situación. • El psicólogo hará una exposición sobre los tipos de conductas básicas en las relaciones interpersonales. • Ejemplificación de los tipos de conductas a través de dibujos representativos. • Evaluación de la hoja de situaciones cotidianas por parte del mismo participante. • Refección sobre el tema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Paciente • Materiales: Local adecuado Mesa Hoja de situaciones cotidianas Papelógrafo con dibujos y ejemplos Lápiz Plumones Sacapuntas 	<ul style="list-style-type: none"> • A través de la participación del paciente en la actividad. • Por medio de las reflexiones. • A través de los cambios en la conducta.

DESCRIPCION DE TECNICA ENTRENAMIENTO ASERTIVO

- Para la realización de esta técnica la psicóloga deberá contar con un local amplio donde se encuentre una mesa adecuada para colocar alrededor de la misma a los pacientes.
- La psicóloga entregara a cada participante una hoja que contenga diferentes situaciones de la vida diaria.
- Cada paciente deberá leerla y responder como reaccionaria ante esa situación
- La psicóloga procederá a exponer sobre las diversas formas ante situaciones que se presentan: explicara en que consiste el comportamiento agresivo, pasivo y asertivo.
- Se ubicaran en un cartel o la psicóloga relatara algunos ejemplos y pedirá en forma voluntaria respondan que tipo de conducta se ha presentado en el ejemplo.
- Se dará un espacio para que cada uno evalúe su hoja de situaciones cotidianas y los tipos de reacciones que presenta en la mayoría de los casos.
- La psicóloga invitara a ser lo mas sinceros posibles, pues solo así la actividad tendrá los frutos esperados, además es individual el resultado obtenido.
- La psicóloga invitara a participar de la reflexión con preguntas como las siguientes:¿ que aprendimos de nuevo ahora?, ¿las otras personas en realidad saben como soy o tienen una imagen falsa sobre mi?, ¿ me gusta lo que los demás ven en mi?. cierre de actividad.

Nota: Ver anexo F, del programa

III ETAPA
JORNADA 5

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
<p>Afecto no verbal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • estimular la expresión de afecto en su núcleo familiar y pareja. • Fortalecer la seguridad en si mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la actividad por parte de la psicóloga. • Se ubican a las personas en círculos y se elige un miembro de la familia el cual se coloca en el centro con los ojos vendados, luego uno por uno expresa sentimientos positivos de forma no verbal. (caricias, besos, abrazos.) • Este procedimiento se repetirá hasta que todos hallan experimentado la misma situación. • Reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos Psicólogos Pacientes Grupo familiar. • Materiales Pañuelos Local adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> • reacción ante las muestras de afecto. • La intensidad de las muestras de afecto. • La disposición a realizar la técnica.

DESCRIPCION DE TECNICA

AFECTO NO VERBAL

- La psicóloga deberá citar a la familia con suficiente tiempo, a fin de que todos puedan estar presentes el día asignado para la actividad.
- Deberá contar con un lugar, ventilado, iluminado, amplio y con el mobiliario suficiente para realizar adecuadamente la actividad. Y de preferencia que ofrezca la privacidad requerida para el caso.
- La psicóloga ubicara al grupo familiar en semicírculo, y explicara la actividad a realizar y la importancia de que todo el grupo participe en forma ordenada, respetuosa y con la mejor disposición posible, para que los frutos sean los esperados.
- Se pedirá un voluntario para ser el primero en participar.
- La psicóloga explicara que se ubicara a esta persona en el centro y todos deberán de expresarle lo que sienten por él a través de abrazos, besos, caricias, etc; esto sin decir ninguna palabra.
- La psicóloga determinara el tiempo que cada persona deberá mostrar su afecto al otro participante.
- Una vez que todos han demostrado su afecto al primer voluntario la profesional asignara al siguiente participante y, se repetirán los pasos anteriores hasta que todos hayan participado.
- La psicóloga invitara a los participantes a compartir la experiencia vivida en la actividad.
 - ¿ que sintieron?
 - ¿fue difícil?
 - ¿ que fue lo que mas costo?, ¿por qué?
 - ¿ a que persona fue mas fácil demostrarle nuestros sentimientos?, ¿por qué?
 - ¿ a quien fue mas difícil y porque?

- ¿ que sintieron cuando los otros les demostraban su afecto?
 - ¿ me gusto?, ¿por qué?
 - ¿no me gusto?, ¿por qué?
 - ¿ repetirían una actividad como esta?
- La psicóloga cerrara la actividad explicando la importancia de que todos los miembros de la familia se demuestren entre si su afecto, y las formas en que esto ayuda a mejorar las relaciones familiares o de pareja.
 - La psicóloga deberá anotar las observaciones de la actividad en el expediente clínico de cada paciente.

III ETAPA
JORNADA 6

ACTIVIDAD	META	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
Cine forum "nacido el cuatro de julio".	<ul style="list-style-type: none"> • Crear conciencia de las situaciones que puedan generar la discapacidad física. • Identificar emociones y sentimientos generados por su situación discapacitante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición de la película. • Discusión. • Reflexión. • Relajación a través de relajación. • Visualización para que reconozcan el grado de afectación de la situación en su vida. • Reflexión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos. Psicóloga Pacientes. • Materiales. Video caseteras. video de la película. Local. Televisor. 	<ul style="list-style-type: none"> • A través de los comentarios y aportes acerca de la película. • Reflexión que se realiza.

DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA

CINE FORUM

- La psicóloga deberá realizar los arreglos necesarios para que los pacientes cuenten con el tiempo suficiente para la realización de la actividad , sin interferir en otras actividades de rehabilitación.
- Se seleccionara una película cuyo contenido brinde un mensaje a las personas discapacitadas; el grupo a considera do “ Nacido el 4 de Julio”, por relatar la experiencia de una persona parapléjica a causa de lesión medular , pero la psicóloga podrá escoger otra que para su criterio y para fines terapéuticos estime convenientes.
- Finalizada la presentación, la psicóloga solicitara que los presentes expresen sus inquietudes hacia los personajes y situaciones de la película: ¿ que mensaje creen ustedes que deja la película?, ¿ que opinión tiene del protagonista de la película?, ¿qué piensan de la película?,¿ les ha pasado algo parecido a lo que sufrió el personaje?, etc.
- La psicóloga registrarlas respuestas e inquietudes de ellos para orientar la asistencia y orientación, de cada caso.

III ETAPA
JORNADA 7

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
Compartiendo el problema	<ul style="list-style-type: none"> Promover la independencia emocional y las relaciones interpersonales en la familia del discapacitado 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar lista de actividades que la persona discapacitada puede y no puede hacer. Identificar actitudes de la familia que incomodan al discapacitado y actitudes de el/ella que incomodan a sus familiares. Enumerar esas actitudes en un cartel y proponer soluciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Humanos Psicóloga Paciente Grupo familiar Materiales: Cartel Plumones Trro 	<ul style="list-style-type: none"> Reacciones del grupo familiar Expresiones de afecto/agresividad. Evaluar los aportes de cada uno al proponer soluciones

DESCRIPCION DE LA TECNICA COMPARTIENDO EL PROBLEMA

- Convocar ala familia del paciente para la realización de la actividad, la cual se llevara a cabo en un lugar que garantice espacio, iluminación y privacidad.
- La psicóloga iniciara la actividad con la consigna siguiente: “para esta actividad les voy a solicitar la mayor sinceridad posible, respetar la opinión y el orden que cada uno tendrá para hablar”
- Se cederá la palabra al paciente para que exprese las actividades que se siente capaz de realizar y aquellas que no(se hará lista en el papelografo)
- En base a esto se hará un acuerdo de colaboración entre pacientes y familiares.
- En un papelografo nuevo dividido en dos partes, se anotaran , en el lado izquierdo, las actitudes de la familia que incomoden al paciente, y en el derecho las actitudes de él o ella que incomoden a los familiares.
- Es muy importante la moderación oportuna en este momento por que los contenidos expresados generan discusión en muchos casos.
- La psicóloga deberá recordar a cada instante que los comentarios que se hagan deben ser respetuosos y sin intención de dañar al otro , sino que se debe buscar la solución de las dificultades que impiden una adecuada relación entre los miembros de la familia.
- La reflexión debe ser evocada en ellos como un autoexamen de lo que ha sido la actitud hacia la discapacidad tanto en el paciente como en los familiares.

**III ETAPA
JORNADA 8**

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
Charla de orientación en sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información que logre aclarar las inquietudes de los pacientes respecto a la sexualidad. • Brindar orientación sobre el funcionamiento sexual a partir de la discapacidad . • Orientación en salud reproductiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción a la temática por la psicóloga. • Intervención de un medico para explicar los cambios en fisiología del aparato reproductor masculino y femenino a consecuencia de la condición discapacitante. • Participación de un especialista en sexualidad para explicar como se puede llevar a cabo la sexualidad en ese nuevo estilo de vida. • Preguntas y respuestas. • cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Paciente Doctora Sexóloga/o Cónyuges • Materiales: Local Papelografo Retroproyector Acetatos Tirro Plumones 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en las preguntas y respuestas. • Interés mostrado hacia el tema. • Actitud hacia la actividad.

DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA ORIENTACIÓN EN SEXUALIDAD

- Breve introducción de la psicóloga , explicando la importancia de la temática a exponer.
- Inicia la exposición un profesional de la medicina orientada a explicar la situación fisiológica del aparato reproductor femenino y masculino en una situación de discapacidad .
- Participación de un experto en sexualidad orientada a despejar dudas sobre como se influenciada esta área de la vida a raíz de la discapacidad y que puede hacerse para desarrollar una sexualidad sana y adecuada dentro de un nuevo estilo de vida caracterizado por una limitación física se hablara acerca de :
 - Actividad sexual.
 - Disfunciones sexuales.
 - Vida sexual plena
 - Planificación familiar.
 - Psicología de la sexualidad
 - Métodos de fecundación artificial.
- Se abrirá el espacio para preguntas y respuestas con la moderación de la psicóloga y la oportuna intervención de los profesionales en medicina y sexualidad respectivamente.
- Cierre e invitación de la psicóloga a participar en a futuras actividades
- Se debe cuidar que el lenguaje utilizado por los profesionales sea sencillo y de fácil entendimiento para los participantes de la actividad.

- La psicóloga debe de retomar lo expresado por los /las participantes y registrarlo en los expedientes, a fin de llevar un control sobre los avances o estancamientos del paciente en esta área.

IV ETAPA

ORIENTACION PARA LA REINSERCIÓN SOCIAL

OBJETIVO

- ORIENTAR A LA PERSONA EN SU PROCESO DE RINSERCIÓN AL MEDIO SOCIAL.
- EDUCARLA PARA QUE CONOZCA SUS DERECHOS Y DEBERES.

Jornada 1 CHARLA DE ORIENTACION SOBRE LA LEY DE EQUIPARACION DE OPOTUNIDADES

Jornada 2 CHARLA DE ORIENTACION VOCACIONAL

Jornada 3 PLANIFICACION DE REACONDICIONAMIENTO FISICO DE LA CASA.

Jornada 4 CHARLA DE ORIENTACION SOBRE LOS CUIDADOS Y ASEO PERSONAL

IV ETAPA
JORNADA 1

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
<p style="text-align: center;">Charla de orientación sobre la Ley de Equiparación de Actividades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer a la persona los beneficios que ofrece para ellos la Ley de Equiparación de Oportunidades. • Proporcionar a la persona discapacitada información sobre las instituciones que velan por sus derechos. • Instruir a la persona para que haga valer sus derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición del tema por parte de un asesor de la Secretaria Nacional de la Familia. • Con palabras sencillas, los profesionales explicaran con ejemplos claros en lo que consiste la ley. De equiparación de oportunidades. • Preguntas y respuestas. • Agradecimiento a los profesionales que brindaron la charla departe de la psicóloga. • Cierre de la actividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Asesor jurídica Pacientes • Materiales: Papelografo Plumón Ley de Equiparación de Oportunidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hacia el tema. • Inquietudes expresadas.

DESCRIPCION DE TECNICA
ORIENTACIÓN SOBRE LEY DE EQUIPARACIÓN DE OPORTUNIDADES

- En un primer momento se hará la presentación del asesor/a en materia legal que va a impartir la charla, de preferencia será una persona que labore en la Secretaria Nacional de la Familia o un abogado que este familiarizado con la temática y con la ley de equiparación de oportunidades.
- El asesor legal procederá a instruir a las personas discapacitadas sus derechos y deberes contemplados en la ley , explicara los términos técnicos par una mejor comprensión (interpretar la ley para ellos/as)
- Se abrirá un espacio para preguntas y respuestas .
- El tiempo máximo de la duración de la charla será de 60 minutos, y el de preguntas y respuestas de 20 minutos.
- Para finalizar la psicóloga agradecerá al profesional por su colaboración, e invitara a los pacientes a la próxima jornada.

IV ETAPA
JORNADA 2

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
Charla de orientación vocacional	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar las aptitudes para las actividades u oficios que ofrezcan la oportunidad de ganarse la vida a las personas discapacitadas. • Orientar a los pacientes sobre los tipos de trabajo a los que pueden optar según su situación y grado de compromiso de la situación discapacitante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de pruebas y entrevistas para determinar las aptitudes de los pacientes.(previo a la actividad y en forma individual). • Exposición de la psicóloga sobre las aptitudes. • Participación de la terapeuta ocupacional para exponer sobre las diferentes ocupaciones a las que se pueden dedicar. • Preguntas y respuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Terapeuta ocupacional Pacientes • Materiales: Pruebas psicológicas Papel grafo Plumones Trro 	<ul style="list-style-type: none"> • Descubrimiento de aptitudes por parte de los pacientes. • Participación en el tema.

DESCRIPCION DE LA TECNICA ORIENTACION VOCACIONAL

- Evaluación previa de aptitudes psicológicas para el trabajo.
- Realización de la actividad en un salón adecuado a la actividad con buena iluminación, ventilación y espacio suficiente.
- Desarrollo del tema por parte de la terapeuta ocupacional y de la psicóloga con el fin de orientar a los pacientes sobre el tipo de actividad laboral a la que pueden optar tomando en cuenta su situación y preferencias.
- Exposición y reflexión de inquietudes surgidas durante la charla.
- Registrar esas actitudes y anexarlas al expediente psicológico de cada paciente.
- Se solicita presencia de la trabajadora social en la actividad.
- Informar a los pacientes de los distintos lugares a los que pueden asistir para capacitarse en áreas laborales y que les ayuden al sostenimiento económico de la familia.
- Espacio para preguntas y respuestas
- Cierre de la actividad e invitación de la psicóloga a la próxima jornada

IV ETAPA
JORNADA 3

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
Planificación del reacondicionamiento de la casa	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar las barreras arquitectónicas que se encuentre en el hogar de la persona discapacitada. • Facilitar el desplazamiento de la persona discapacitada en su hogar. • Minimizar los riesgos en algunos actividades dentro de el hogar 	<p>1° reunión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la estructura de la vivienda para efectos de ver los posibles cambios a realizar en cuanto a espacio y estructura se refiere. • Orientación de la psicóloga al grupo familiar acerca de las ventajas de realizar los cambios en el hogar. <p>2° reunión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la psicóloga o trabajadora social sobre los cambios realizados en el hogar(visita domiciliar). • A partir de los resultados determinar si se prosigue con los demás cambios en la vivienda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Trabajadora social Paciente Grupo familiar • Materiales: Casa muebles Estructuras a instalar 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios realizados en el hogar. • Logro de espacio. • Actitud de la familia • Opinión de la persona discapacitada.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

REACONDICIONAMIENTO DE LA CASA

- El psicólogo deberá citar al grupo familiar a fin de evaluar las condiciones de la vivienda, para determinar los posibles cambios a realizar en el espacio físico del hogar
- se deberá tomar en cuenta la situación económica de la familia para proponer cambios físicos en la estructura del hogar.
- Se le propondrá a los familiares ubicar en los baños barras de apoyo y rampas en los desniveles de la casa.
- Elaborar junto con el grupo familiar un croquis con las diferentes habitaciones donde transitara la persona discapacitada, para determinar la ubicación de muebles y así permitir un transito mas libre por la casa.
- Los cambios en la estructura dependerá de las necesidades de cada discapacitado por ejemplo: quien se desplace con bastón o muletas necesitara menos espacio que aquella que utilice silla de ruedas o andadera.
- La psicóloga deberá tener una reunión con la trabajadora social donde se le explicara los acuerdos a los que se llevo con los familiares del paciente y se le pide realizar una visita a la casa de los familiares.
- En visita domiciliar la trabajadora social deberá evaluar los cambios que se habrán realizado en la casa y recomendar otros posibles cambios.

IV ETAPA
JORNADA 4

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	EVALUACION
Charla de orientación sobre los cuidados y aseo personal	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer acerca de los cuidados básicos que se deben tener al realizar ciertas actividades diarias. • Informar sobre los detalles a tener en cuenta al momento del aseo personal. • Proporcionar información acerca de las actividades que ofrecen riesgo y que es preferible hacerla con ayuda de otras personas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición del tema por parte de la doctora. • Participación de un fisioterapeuta sobre los cuidados que se deben observar al realizar algunas actividades y /o ejercicios. • Preguntas y respuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humanos: Psicóloga Doctora Fisioterapeuta Pacientes Familiares • Materiales: Papelografo Plumones Tirro Retroproyector Acetatos 	<ul style="list-style-type: none"> • Asimilación del contenido por parte de los pacientes. • Inquietudes durante y después de la exposición

DESCRIPCION DE LA TECNICA

CUIDADO Y ASEO PERSONAL.

- El psicólogo citara al grupo familiar para que conozcan y ayuden a la persona discapacitada en el cuidado y aseo personal.
- Breve introducción de la psicóloga explicando la importancia de la temática a desarrollar.

- Exposición de un profesional en medicina sobre los cuidados que se deben tener en el hogar acerca del aseo personal, para evitar el apareamiento de escaras, irritación de la piel, infecciones en las vías urinarias, etc.
- Un profesional en fisioterapia, dará una charla donde explicara los cuidados que los pacientes deben tener al realizar actividades y/o ejercicios indicados por los profesionales.. se les indicaran cuales son los ejercicios o movimientos que no pueden realizar sin ayuda de otra persona, esto para evitar posibles daños físicos.
- Luego se proceda a un espacio de preguntas y respuestas donde se despejaran dudas sobre todo lo expresado por los profesional.
- Cierre y clausura del programa, donde profesionales agradecerán la participación de los pacientes y sus familiares, dando paso a un convivio con donde se dará un refrigerio.

ANEXOS DEL PROGRAMA

ANEXO A

GLOSARIO - REHABILITACION

Rehabilitación :

Cuando hablamos de rehabilitación, nos referimos al conjunto de procedimientos destinados a incrementar y reaprender habilidades que en el transcurso de la enfermedad se han deteriorado, apoyando a los familiares a afrontar las características y las consecuencias de la enfermedad.

Rehabilitación Física :

Implica un entrenamiento para desarrollar y recuperar habilidades con el objetivo de permitirle a la persona un grado de autonomía que beneficie su acción en la vida cotidiana y su interacción con los demás en los ambientes físico, social y laboral .

Rehabilitación Psicológica :

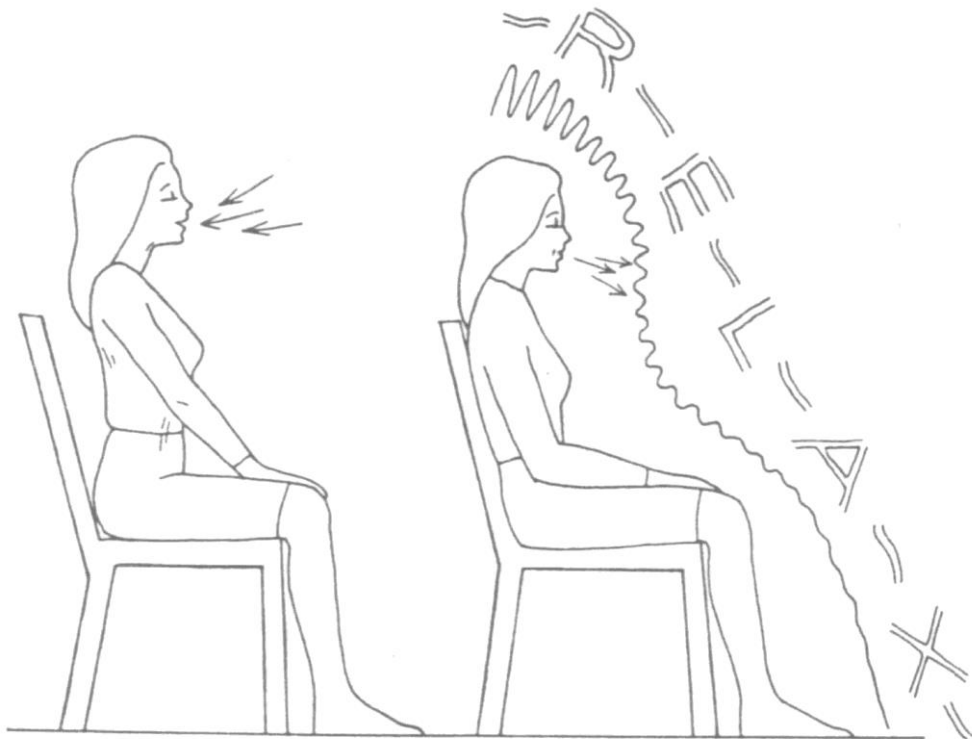
Es la acción de capacitar a la persona con las habilidades sociales que le permitan desenvolverse adecuadamente, volviéndose la conducta una prueba concreta del grado de adaptación al medio logrado por la nueva actitud ante las situaciones sociales.

Rehabilitación Integral :

Es un aprendizaje que comprende la adquisición de habilidades físicas, sociales y laborales, así como la adopción de una perspectiva positiva de la realidad personal ante un nuevo estilo de vida.

ANEXO B

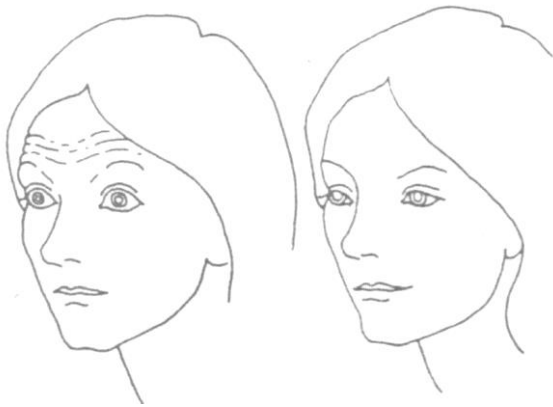
ILUSTRACION DE LOS EJERCICIOS DE RESPIRACION.



ANEXO C EJERCICIOS DE TENSION RELAJACION

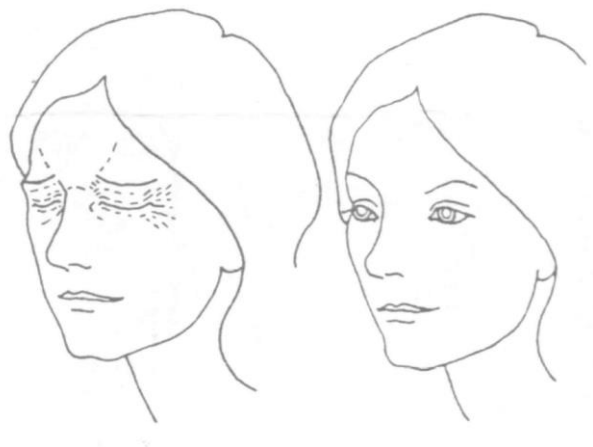
FRENTE

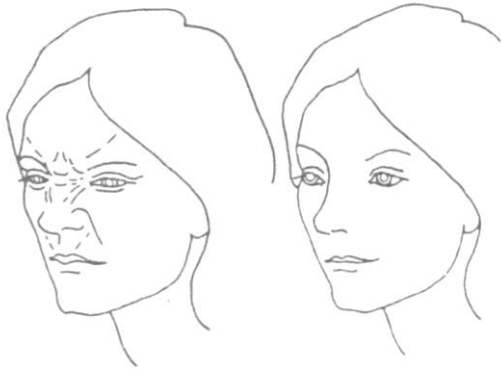
Arrugué su frente subiéndola hacia arriba. Note donde siente particularmente la tensión (sobre el puente de la nariz y alrededor de cada ceja). Ahora relájela muy despacio poniendo especial atención a esas zona que estaban particularmente tensa. Tómese unos segundos para sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos esos músculos. Es como si los músculos hubieran desaparecido. Están totalmente relajados. La idea es que al tensar una cierta zona de su cuerpo, note donde esta la tensión, y al relajar despacio esa zona pueda identificar que músculos esta relajando.



OJOS

Cierre los ojos apretándolos fuertemente. Debe sentir la tensión en toda la zona alrededor de los ojos, en cada párpado y sobre los bordes interior y exterior de cada ojo. Poniendo especial atención a las zonas que están tensas. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda y, muy despacio, entreábralos. Note la diferencia entre las sensaciones



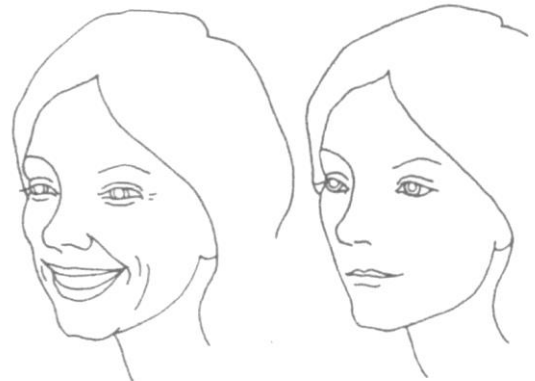


NARIZ

Arrugue su nariz. El puente y los orificios de la nariz están especialmente tensos. Ponga mucha atención en estas zonas. Gradualmente relaje su nariz, despacio, dejando toda la tensión fuera. Note como ahora siente esos músculos como perdidos, sin tensión, totalmente relajados. Note la diferencia entre las sensaciones.

Sonrisa.

Haga que su cara y su boca adopte una sonrisa forzada. Los labios superior e inferior así como ambas mejillas deben estar tensos y rígidos. Los labios deben estar fuertemente apretados sobre los dientes. Gradualmente relaje los músculos de cada lado de su mejillas y cara. Note la sensación que experimenta cuando todo estos músculos dejan de hacer presión, olvide toda la tensión para relajarse. Ahora están totalmente relajados y usted puede sentirlo.



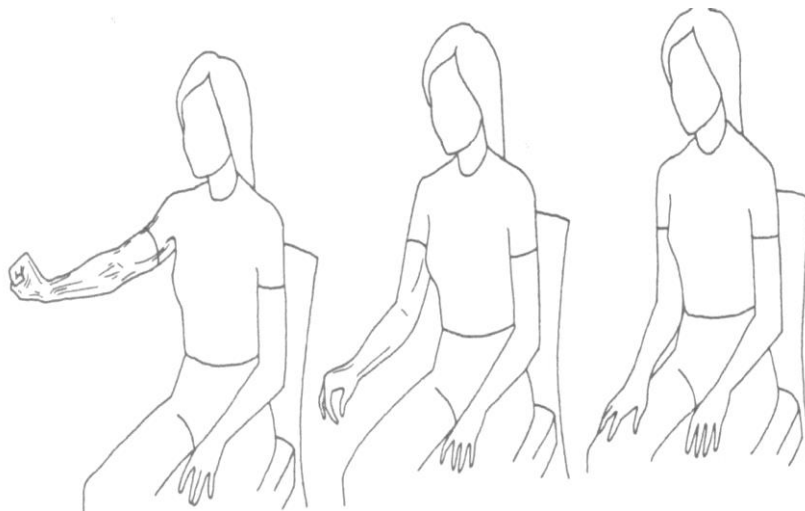
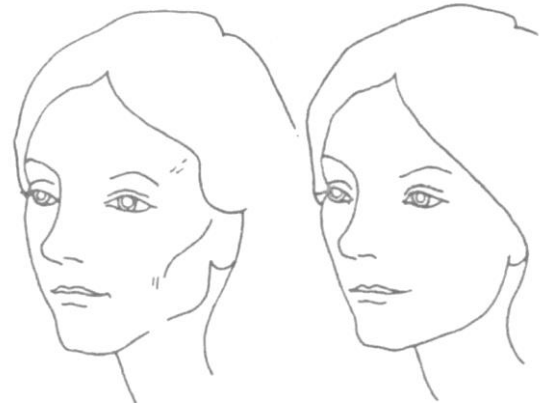


LENGUA.

Coloque su lengua de forma que apriete fuertemente el cielo de la boca. Dèse cuenta del lugar donde siente la tensión (dentro de la boca, en la lengua así como en los músculos que están debajo de la mandíbula). Poco a poco relaje este grupo de músculos, vaya dejando caer gradualmente la lengua sobre la boca, apóyela. Ponga especial atención a las zonas que están particularmente tensas. Note como se siente relajarse estos músculos. Experimente la diferencia entre tensión y relajación.

MANDIBULA.

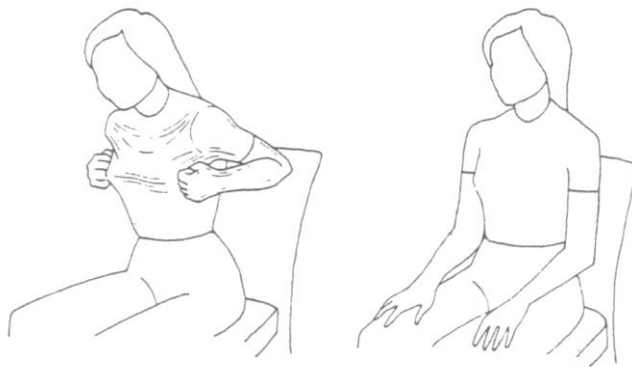
Apriete sus dientes (los músculos que están tensos son los que están a los lados de la cara y en la sienes). Poco a poco relaje la mandíbula y experimente la sensación de dejarla ir. Sienta como esos músculos se apagan, se relajan. De nuevo sienta y note la diferencia con respecto a la tensión.



BRAZOS.

Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado. Ejerza tensión en todo el brazo, desde la mano hasta el hombro. Realice el máximo de tensión. Compruebe como incrementa la tensión muscular en el bíceps, antebrazo, alrededor de la muñeca y en los dedos.

Gradualmente relaje y baje el brazo dejándolo caer hasta que de nuevo descansa sobre sus muslos en la posición de relajación. Ahora compruebe como estos músculos están perdidos, apagados, relajado. Experimente la diferencia entre ahora que están relajados y la sensación anterior de tensión y rigidez. Ahora es todo mucho mas agradable. Repita el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.



ESPALDA.

Incline hacia delante su cuerpo en la silla. Eleve los brazos llevando los codos hacia atrás y hacia arriba hasta la espalda, arqueando la espalda hacia delante. Note donde siente particularmente la tensión. Relájese gradualmente llevando de nuevo el cuerpo hacia la silla buscando la posición original y vuelva a poner los brazos sobre los muslos en posición de relajación. Ahora note y sienta como se ha perdido la tensión en todo estos músculos. Ha desaparecido la tensión para dar

paso a la relajación. Ahora están totalmente relajados. Experimente la diferencia entre la tensión y la relajación.

h

ANEXO D AUTOESTIMA

ALGUNAS CLAVES PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA

La autoestima puede ser mejorada a lo largo de nuestra vida, cuando tomamos conciencia de nosotras mismas y decidimos cambiar el modelo de pensamiento, sentimiento y conducta aprendidos. Cambiar este modelo supone:

- **Aceptarnos tal y como somos**, para ello hay que tomar conciencia de nosotras mismas cuestionándonos acerca de nuestra autovaloración y reflexionando sobre los modelos familiares y culturales que están influyendo en la opinión que tenemos de nosotras mismas.

- **Intentar cambiar los modelos negativos por otros positivos** que fomenten nuestra autoestima.

- **Controlar la crítica destructiva** porque lo que pensamos tiende a cumplirse, es el "autocumplimiento de la profecía", sea positivo o negativo y por ello si nos mandamos permanentemente mensajes negativos, al interiorizarlos y creérnoslos acabamos actuando de tal forma que propiciamos su cumplimiento.

- **Evitar compararnos con otras personas**, puesto que cada persona somos única y singular no tiene ningún sentido hacerlo y, además, al compararnos siempre encontramos a alguien que a nuestros ojos es mejor o más feliz.

ASPECTOS QUE COMPONEN LA AUTOESTIMA

Modificar la autoestima para fomentarla y potenciarla positivamente, supone actuar sobre los diferentes componente de la misma:

Componente cognitivo, supone actuar sobre "lo que pienso" para modificar nuestros pensamientos negativos e irracionales y sustituirlos por pensamientos positivos y racionales.

Componente afectivo, implica actuar sobre "lo que siento", sobre las emociones y sentimientos que tenemos acerca de nosotras mismas.

Componente conductual, supone actuar sobre "lo que hago", esto es, sobre el comportamiento, para modificar nuestros actos.

Los tres componentes están muy relacionados entre sí, de manera que actuando sobre uno de ellos, obtenemos efectos sobre los otros dos. Si

modifico un pensamiento negativo acerca de mí misma por otro positivo, seguramente me sentiré mejor conmigo misma y este sentimiento de bienestar me impulsará a actuar, probablemente haciendo algo de lo que no me creía capaz.

LA AUTOESTIMA SE VA FORMANDO A LO LARGO DE NUESTRA VIDA

El proceso de formación de la autoestima se inicia desde nuestras edades más tempranas y se continúa a lo largo de la edad adulta. En la formación de la autoestima influye el entorno familiar próximo y el contexto cultural en el que nos desarrollamos.

Los modelos familiares se transmiten influyendo en su configuración no sólo la vinculación afectiva con el mundo adulto, sobre todo con el padre y la madre, sino también el mayor o menor aprecio que se hace de nuestro comportamiento y lo que se espera de nosotras por el hecho de ser mujeres.

Desde pequeñas, por el hecho de ser niñas, interiorizamos una serie de creencias acerca de lo que se espera de nosotras que vamos asumiendo y, al llegar a la edad adulta tendemos a reafirmar porque es lo que, por el hecho de ser mujer, se ha asumido como modelo cultural.

Tanto los modelos familiares como los culturales conforman nuestra autoestima por eso es importante observarlos y revisarlos para tener conciencia de los modelos negativos que hemos interiorizado y así poder cambiarlos

LA AUTOESTIMA PUEDE CAMBIARSE

La autoestima no es algo estático sino que puede cambiarse y ser modificada a lo largo de nuestra vida. Para que sea potenciada es importante observar los factores que influyen en la formación de la misma porque,

conociéndolos, estaremos en condiciones de modificarlos y corregir aquellos aspectos que limitan la confianza en nosotras mismas.

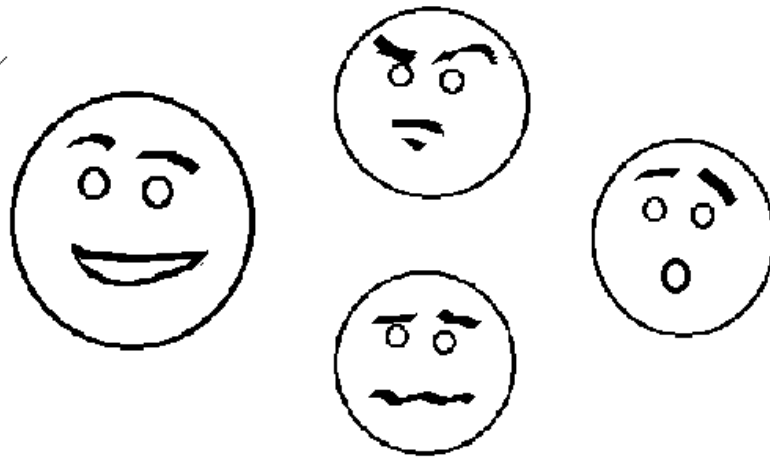
La autoestima se forma a través de la observación y apreciación que cada persona hace de sí misma.

También contribuyen las creencias que cada una de nosotras tiene acerca de la imagen que las demás personas tienen de nosotras.

Cambiar la autoestima supone modificarla para aumentar la confianza en nuestras propias capacidades personales.

ANEXO E
TECNICA "COMO SOY"

EJEMPLOS DE ROSTROS A UTILIZAR PARA LA TECNICA



ANEXO F

TÉCNICA ASERTIVA.

Para explicar que es el ser asertivo, se debe identificar los tres tipos o estilos básicos posibles en toda conducta interpersonal.

Estilo agresivo: son ejemplos típicos de este tipo de conducta la pelea, la acusación y la amenaza, y en general toda aquellas actitudes que signifiquen agredir a los demás sin tener para nada en cuenta sus sentimientos.

Ejemplo:

María: Oye, tengo otra vez que ajustarte las cuentas. Es sobre el asunto de lavar los trastes. ¡ O me echas una mano y me ayudas, o me declaro en huelga!

Pedro: Déjame estoy viendo la TV

María: ¿Quién te hizo de criada la semana pasada? Mientras la TV funciona, no te importa nada de lo que pasa a tu alrededor.

Pedro: ¡ No empieces otra vez!

María: Todo lo que deseas es ver la pantalla y aumentar tu michelines....

Pedro: ¡ Cállate.....!

Estilo pasivo: se dice que una persona tiene una conducta pasiva cuando permiten que otros los pisoteen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que le dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto.

Ejemplo:

María: Perdona, ¿ te molestaría mucho secarme los platos?

Pedro: Estoy viendo la TV

María: Ah, bien, de acuerdo.

Estilo asertivo: una persona tiene una conducta asertiva cuando define sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás

se aprovechen de ella. Al mismo tiempo, es considerado con la forma de pensar y sentir de los demás.

Ejemplo:

María: Quisiera que fueras secando los platos, mientras yo los lavo

Pedro: Estoy viendo la TV

María: Me sentiría mucho mejor si compartimos la responsabilidad de las tareas de la casa. Puedes volver a ver la TV en cuanto hayamos terminado.

Pedro: Es que están a punto de atrapar a los malos de la película.

María: Bien, puedo esperar un poco. ¿Me ayudarás cuando termine la película?

Pedro: Eso es cosa hecha.