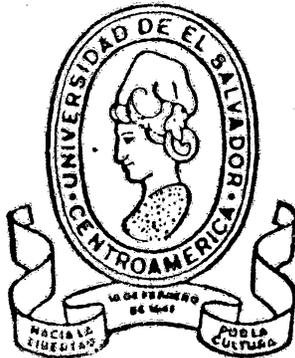


UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



**ACTITUDES DEL PACIENTE PARAPLEJICO Y
SU RELACION CON EL COMPORTAMIENTO EN EL
PROCESO DE REHABILITACION EN EL
CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR**

**TRABAJO DE GRADUACION PARA OPTAR EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

PRESENTADO POR:

**Graciela Ramos Velásquez
Rosa Isabel Benavides Alvarez**

ABRIL 1987

SAN SALVADOR

EL SALVADOR

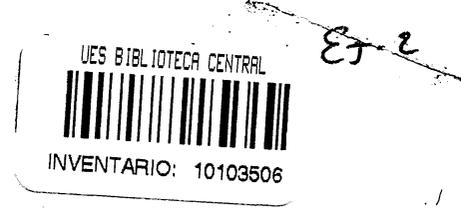
CENTRO AMERICA

T

157.92

R175a

TRIBUNAL EXAMINADOR



LIC. RENÉ PORFIRIO OSORIO

PRESIDENTE

LIC. SALVADOR A. VALDIVIESO

PRIMER VOCAL

LIC. ELFEBO GÓMES

SEGUNDO VOCAL

LIC. LETICIA CALDERÓN DE ORELLANA

ASESOR

INDICE

	Página
INTRODUCCION.	1
I. MARCO TEORICO	3
A. Consideraciones Sobre el Parapléjico	3
B. Consideraciones Sobre las Actitudes	4
C. Consideraciones Sobre el Comportamiento	10
D. La Rehabilitación del Parapléjico	14
1. Definición de la Rehabilitación	15
2. Metas de Rehabilitación para el Paciente Parapléjico	17
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
III. SISTEMA DE HIPOTESIS Y DEFINICION DE VARIABLES.	24
IV. METODOLOGIA	30
A. Sujetos	30
B. Instrumentos	30
1. Escala de Actitudes	31

2. Escala de Evaluación del Comportamiento	35
C. Procedimiento	40
D. Diseño de Investigación	41
V. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	45
VI. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	58
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	66
A. Entrevista Preliminar con Pacientes y personal	67
B. Escala de Evaluación de Actitudes	70
C. Validación y Fiabilidad de la Escala de Actitudes	76
D. Escala de Evaluación del Comportamiento	85
E. Fiabilidad de la Escala de Evaluación del Comportamiento	88
F. Resultados de correlación entre actitudes y comportamiento.	90

INTRODUCCION

Las malformaciones congénitas, las enfermedades y los accidentes generan diferentes clases de invalideces, las cuales contribuyen a configurar diversas actitudes en las personas que las sufren, así como en las personas que les rodean. En la antigüedad las personas con problemas físicos eran abandonadas casi totalmente. Después de la Primera Guerra Mundial, se despertó el interés por rehabilitar a los minusválidos, pero esto no logró hacerse realidad; sin embargo, como la Segunda Guerra Mundial dejara también como resultado una cantidad elevada de limitados físicos, creció el interés e hizo que se buscara atención al problema surgiendo en esta forma la rehabilitación de los minusválidos.

En El Salvador se ha observado que la mayoría de los minusválidos, incluyendo a los parapléjicos, no logran las metas de rehabilitación integral. Con la intención de profundizar en el conocimiento del problema, se realizaron entrevistas con el personal que los atiende y se conocieron varias causas por las que no se alcanzan las metas; entre ellas, la poca colaboración que los parapléjicos prestan en su proceso de rehabilitación. Otras causas se relacionan con la motivación y las actitudes que ellos tienen.

La presente investigación tuvo por objeto el estudio de las actitudes y el comportamiento del parapléjico, como factores relacionados con los resultados de la rehabilitación; y se efectuó con sujetos parapléjicos que reciben su rehabilitación en el Centro del Aparato Locomotor, por considerar que este centro reúne las condiciones necesarias, por su experiencia en la rehabilitación del parapléjico.

Se tomó una muestra de 17 sujetos del sexo masculino, a quienes se les administró una prueba con objeto de explorar las actitudes. Este instrumento tenía por objeto medir las actitudes hacia la persona misma, hacia la institución donde se rehabilita, hacia la familia y hacia las condiciones materiales de vida, y relacionarlas con el comportamiento observado durante el proceso rehabilitador.

El comportamiento se registró por medio de un instrumento (Escala de Evaluación del Comportamiento), con la ayuda del personal técnico encargado de la rehabilitación de estos sujetos.

Los resultados se correlacionaron por el método de correlación cuádruple o coeficiente ϕ , habiéndose comprobado la significación por medio de chi cuadrada.

Esta investigación, tuvo como limitantes la poca bibliografía al respecto, la falta de otras investigaciones en este campo y una población un tanto limitada en el centro donde se realizó.

Con el presente trabajo, el primero en su género en nuestro medio, esperamos contribuir, con los interesados en el campo de la rehabilitación, a una mejor comprensión de la problemática de los sujetos parapléjicos en su proceso de rehabilitación; y con las personas que se dediquen a hacer otros estudios sobre el tema, a los que esperamos les pueda aportar algún beneficio.

I. MARCO TEORICO

A. Consideraciones sobre El Parapléjico.

La paraplejia es una incapacidad que produce cambios fisiológicos, psicológicos y ocupacionales, por la pérdida de la sensibilidad y movilidad de miembros inferiores, pérdida del control de esfínteres vesical y anal, por lo cual quien la sufre tiene que desarrollar nuevos mecanismos de adaptación desde el punto de vista funcional, psicológico y social. Esta situación genera también reacciones en las personas que le rodean, como la familia y el núcleo social a que pertenece.

En forma descriptiva, según autores como Hale (1980), Chusid (1980) y Jornet (1970), un parapléjico es una persona que ha perdido el movimiento voluntario en miembros inferiores y en la mitad inferior del tronco. Por debajo del nivel de la lesión, hay pérdida de la sensibilidad y pérdida del control voluntario de la orina y defecación; sin embargo, se dan casos en que la lesión es parcial, la cual produce una alteración parcial del movimiento, la sensibilidad y el control de los esfínteres; el cordón medular es lesionado de tal forma que, desde el nivel de donde se produce la lesión hacia abajo, se pierde la comunicación estímulo respuesta.

El grado de incapacidad está determinado por el nivel de la lesión medular, cuanto más bajo es el nivel de la lesión, mayor es la fuerza de la que dispone para su rehabilitación funcional.

Todas estas complicaciones producen en el parapléjico un cambio conductual, tanto porque tiene que aprender a realizar sus actividades funcionales de diferente manera que la usual, como por usar accesorios desagradables e in-

comodos como las bolsas recolectoras de orina, y someterse a una rutina preventiva de complicaciones de úlceras o cálculos renales, lo que hace que se perciba con una imagen diferente.

- Causas de las Parapléjias. Según Jornet (1970), las paraplejias pueden originarse por traumatismos en la médula, por tumores o enfermedades; Chusid (1980), describe cómo causas de los traumatismos medulares las caídas de alguna altura, accidentes automovilísticos o heridas por arma de fuego, las cuales producen la compresión de la médula espinal en forma indirecta. La lesión del tejido nervioso medular es grave e irreversible.

B. Consideraciones sobre Las Actitudes.

Diariamente, se escucha en forma familiar la palabra actitud para describir manifestaciones o posturas que se adoptan con relación a un objeto, o las diferentes formas de reaccionar ante ciertas situaciones, por que las actitudes siguen siendo objeto de estudio por los psicólogos como posibles determinantes en el comportamiento humano; a este respecto Ouzonde en Bustamante (1971), considera que el estudio del hombre y su actividad psíquica debe comenzar por el estudio de las actitudes.

Se consideran de mucho interés las investigaciones en este campo, por la posible influencia en el comportamiento observado por una persona o grupos de personas. Pero ¿qué son las actitudes? Martín Baró (1985), dice que las actitudes no son visibles y que para conocer el carácter y naturaleza es necesario actuar sobre ellas.

Para lograr el cambio de actitudes y conocer su naturaleza, la Psicología Social plantea diferentes teorías. Al respecto, Martín Baró (1985), presenta tres enfoques, así: teoría de la comunicación aprendizaje, teoría funcional y teoría de la consistencia.

La teoría de la Comunicación Aprendizaje sostiene que para producir el cambio de actitudes se necesita un aprendizaje con refuerzos; este enfoque nos parece relativo, pues depende de la fuerza de convicción de que estén formadas las actitudes. además, se considera que de acuerdo con la teoría estímulo respuesta, generalmente los resultados son de poca duración porque necesitan del refuerzo.

La teoría Funcional sostiene que las actitudes son la estructura psicológica que materializa los intereses sociales ante los objetos de la realidad; esta teoría expone que para lograr un cambio de actitud es necesario lograr un cambio de funciones, las cuales son función evaluativa, función adaptativa y función expresiva. Dicha teoría está basada en la satisfacción de necesidades, considerando que sólo la parte interna del individuo es la que mueve a actuar de tal o cual manera, lo cual no es del todo verdadero porque están ignorando las condiciones externas en la relación del individuo.

La teoría de la Consistencia, sostenida por autores de renombre como Festinger, dice que las actitudes se basan en las creencias acerca del objeto y que entre esas creencias debe existir un equilibrio, y que al producir un cambio en las actitudes se produce una disonancia. Rosember en Martín Baró (1985), sostiene que esta disonancia no es más que sentimiento de culpa, cuando el individuo reconoce que está en contra de su manera de actuar.

Después de considerar las tres teorías sobre la naturaleza de las acti-

tudes se piensa que es imposible enfocar el origen de las actitudes en forma unilateral y que son tanto la transmisión genética del individuo como el medio interno, los antecedentes personales y el medio externo, los que contribuyen a formar las actitudes por lo que se considera un proceso complejo difícil de cambiar.

En cuanto a la definición de actitudes, la mayoría de autores las consideran como la predisposición a responder. Allpor en Salazar (1982), las considera como "estado mental y neural de la disposición a responder organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia directiva y/o dinámica de la conducta". Esta definición considera los procesos, neurofisiológicos y psicológicos, que unidos a la experiencia generan actitudes. Este planteamiento es sostenido por muchos autores, posición que consideramos la más acertada ya que la persona en interacción con su medio es un ente biopsicosocial.

Bustamante (1971), considera las actitudes como la expresión manifiesta de la personalidad. Según este autor la interrelación de la persona y su medio, ocurre por 3 grandes procesos psicológicos: por el proceso cognoscitivo, se capta el mundo externo y se producen las percepciones y el pensar; por el proceso afectivo, se forman las emociones y sentimientos o manera de reaccionar ante el medio; y por el proceso conativo, se forman hábitos y actos voluntarios que el aprendizaje va elaborando. Estos procesos no se dan por estímulos inmediatos, sino que las ideas se van transformando por las convicciones; todo esto tiene su base en las propiedades innatas del organismo para reaccionar.

Formación de las Actitudes en el Parapléjico.

Las actitudes del sujeto parapléjico estarán determinadas por su estilo de vida, su trabajo, sus intereses y por las actitudes del medio social hacia él; a esto se agrega las actitudes generadas por las limitaciones que la paraplejia trae consigo.

Cuando un sujeto sufre una paraplejia se enfrenta al cambio brusco de la pérdida de movilidad y sensibilidad de sus piernas y la falta de control de sus esfínteres. Esta situación física, puede provocar una serie de reacciones conductuales desajustadas.

De acuerdo con los 3 componentes de las actitudes, podría decirse que el sujeto parapléjico por el componente cognoscitivo integra las imágenes, ideas y conceptos de su paraplejia; al darse cuenta que no puede mover las piernas, por lo que tiene que desplazarse en silla de ruedas y con aparatos ortopédicos y muletas, que no tiene control de su esfínter vesical, por lo que tiene que usar una bolsa recolectora de orina; que muchas veces sus eses son expulsadas involuntariamente, en forma inoportuna, por lo que se siente en situaciones embarazosas que lo hacen retraerse de su vida social.

El componente sentimental estará determinado por la aceptación o rechazo de su nueva imagen corporal y que según Schilder en Angera (1980 - pág. 89), "La imagen que de nuestro propio cuerpo poseemos no se basa solamente en nuestro juicio, sino en la opinión que a nuestro entender merece de nuestros semejantes". Como puede verse, la imagen corporal no solamente se forma por el sentimiento personal del individuo, sino que también intervienen la percepción de valores y fantasía de las personas que lo rodean. El aceptar

o rechazar esta nueva imagen corporal es sumamente importante para su equilibrio psicológico, ya que la autoimagen es base para la autoestima.

Cuando el parapléjico se encuentra en una institución, el personal que lo atiende desempeña un papel muy importante en su adaptación, ya que las actitudes de aceptación o de rechazo despertarán en el paciente actitudes favorables o desfavorables hacia la institución. Esteve y Otal (1965), mencionan que las actitudes del personal en un hospital eran desfavorables hacia los parapléjicos; éstos no eran bien acogidos, lo que hizo que no encontraran las recompensas en los esfuerzos realizados; también mencionan que durante la Primera Guerra Mundial, de 400 pacientes parapléjicos un 90% murieron debido a complicaciones relacionadas con infecciones renales y úlceras por decúbito. Para la Segunda Guerra Mundial ya habían mejorado las actitudes y a la vez había una mejor atención de los servicios médicos; en esa época, de 465 parapléjicos ingresados en el Hospital Stoke Mandeville, sólo el 13% falleció víctima de complicaciones.

En nuestro país, en el Centro del Aparato Locomotor, del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, se ha observado que el equipo humano de este centro da buen trato a los pacientes; sin embargo, éstos no se rehabilitan integralmente.

Por el componente reactivo o de tendencia a la acción, el parapléjico tiende a reaccionar de manera agresiva, debido a la incapacidad que siente; es una tendencia a desplazar su ira contra el personal que lo atiende provocando disgustos en los que le rodean. Esta forma inadecuada de actuar no depende solamente de su psiquismo, sino que también influyen en él las actitudes de la familia, las actitudes del personal tratante hacia él y las actitudes del medio social en general.

La familia tiene un papel muy importante en la formación de las actitudes durante el proceso de rehabilitación; de acuerdo al rol que el parapléjico desempeña en ese medio familiar; sobre todo, cuando él es el miembro principal en el aporte socioeconómico, para la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido y vivienda, por lo que la familia se enfrenta a una amenaza muy grande a su seguridad e integración, generando en el parapléjico actitudes de subestimación e impotencia, por lo que él tiende muchas veces a alejarse de su núcleo familiar.

El personal de las instituciones dedicadas a tal fin suele adoptar actitudes firmes, a fin de que los parapléjicos puedan cumplir con sus programas de rehabilitación; pero los pacientes lo ven como maltrato o falta de comprensión y generalmente reaccionan con hostilidad hacia el personal que les exige trabajo.

El medio social generalmente tiende a marginar a los minusválidos y por ende los parapléjicos, muchas veces por su falta de conocimiento sobre las potencialidades de estos lisiados. Se ha observado que la mayoría de pacientes parapléjicos no llegan a la Meta de la Rehabilitación Integral, ya que éstos a medio proceso de rehabilitación son dados de alta por observar una conducta que está en desacuerdo con las normas del centro, como ingerir alcohol y drogas dentro de la institución; conducta agresiva con compañeros o personal y mostrar poco interés en las actividades programadas para su rehabilitación.

Con base en lo anteriormente descrito, se concluye que el mayor o menor grado de rechazo o aceptación de la invalidez es determinado por un conjunto de factores, como son: la personalidad del individuo, las actitudes de la familia, las actitudes del personal de la institución donde asiste, de su

condición socioeconómica, de su cultura y religión y por influencia de su medio social en general.

C. Consideraciones sobre El Comportamiento.

Se considera la definición de actitudes como la "tendencia a reaccionar"; se puede decir que el comportamiento es el aspecto observable de las reacciones, aunque pueden existir casos en que el comportamiento observado es diferente a las posiciones tomadas para reaccionar, pero esto se produce cuando hay incongruencia de actitudes.

El comportamiento en el ser humano se expresa en forma instintiva en los primeros meses de vida, con el desarrollo va destacándose la importancia de la vida afectiva y progresivamente se va moldeando con el desarrollo de la personalidad, el cual también recibe la influencia de las creencias y supersticiones y la formación educacional.

Porot (1977, pág. 258,259), expone una definición general y usual del comportamiento como: "La manera de ser o reaccionar de un sujeto en la vida corriente o en presencia de circunstancias particulares". El mismo autor citado define la adaptación como "El conjunto de reacciones mediante las cuales un individuo modifica su estructura o su comportamiento para responder de una manera armónica, a las condiciones que le plantea determinado ambiente". Además, considera las distintas reacciones de desadaptación como la "Reacción de alarma" y la "Reacción Catastrófica", causadas por una acción agresiva, brusca y amenazadora como el "Stress" debidas a modificaciones biológicas del organismo.

1 - Formas de Comportamiento en el Parapléjico.

Ante el cambio que le impone la lesión medular, el parapléjico presenta una crisis de desadaptación; las complicaciones orgánicas le afectan psicológicamente, máxime cuando tiene que hacer cambios en los aspectos familiares y laborales, donde el aspecto económico juega un rol muy decisivo, para que él tenga a su alcance las facilidades de asistencia médico-técnico, así como los principios necesarios para la integración.

Krusen y otros (1974), Schmidt Camelo (1966), y Angera Domenjo (1980), nos describen varias formas de comportamiento que son características para el parapléjico y otros tipos de pacientes ante situaciones de pérdida. Su aparición es variable en cada persona y está determinado por el tipo de personalidad, las actitudes de la familia, las actitudes socioculturales, el rol que ocupa en el núcleo familiar, el sexo del parapléjico y las condiciones materiales de vida.

Estas conductas se describen como:

- a) Comportamiento Regresivo. El parapléjico vuelve a métodos usados en otras etapas de su vida para conseguir sus objetivos, trata de llamar la atención entre el personal, o se muestra demandante, obstinado o con una marcada dependencia por el deseo de ser cuidado a semejanza de un niño.
- b) Comportamiento de Negación o Denegación. El parapléjico quiere aparentar que su limitación no es causa de preocupación; trata de evadir la realidad negando la deficiencia de su incapacidad.

- c) Comportamiento Hostil. La hostilidad la dirige hacia sí mismo, al considerarse un fracaso y que la vida no vale la pena vivirla, o hacia su medio ambiente, culpando a los que le rodean de su incapacidad; por ejemplo: a la familia, médicos y personal tratante.
- d) Comportamiento de Retracción. El parapléjico no quiere desafiar activamente la realidad y consciente o inconscientemente se vuelve pasivo y apático, prefiriendo una vida casi fetal.
- e) Comportamiento Adaptativo. El parapléjico logra aceptar la realidad y se esfuerza por realizar actividades constructivas con un fin determinado, hacia el logro de la recuperación de sus funciones.
- f) Comportamiento Inseguro. Se observa a través de dificultades para superar las barreras físicas en la vivienda, en el trabajo, en los medios de transportes y en los lugares de recreación; la inseguridad social, determinada por la conducta de aceptación o rechazo, simpatía o lástima, o valoración o devaluación de parte de la comunidad; y la inseguridad respecto a sí mismo, determinada por la autovaloración de limitaciones y capacidades.
- g) Dolor y Drogadicción. El dolor se interpreta como una necesidad de dependencia, egocentrismo y ganancias secundarias.
El dolor origina a veces insomnio y fatiga, hace presente el peligro de volver al paciente drogadicto y esto se caracteriza por dos fenómenos: dependencia física y dependencia psicológica.

h) La Depresión, es muy marcada en los inicios; es reactiva a la pérdida, puede ser manifiesta o mantenida en forma secreta, la cual unida a la hostilidad y agresividad da como resultado la agresión al personal o se autoagrede tratando de castigarse, al negarse a tomar sus alimentos o medicinas o negándose a colaborar con las prescripciones médicas o de carácter técnico.

Resumiendo sobre lo tratado, en cuanto al comportamiento del parapléjico frente a su invalidez, las reacciones descritas por los autores, Krusen (1974), Angera Domenjo, (1980), y Schmidt Camelo (1966), son: depresión, ansiedad, hostilidad, agresividad, dependencia, negación, aislamiento, inseguridad y temor, comportamiento muy similar al observado en nuestra experiencia, con limitados físicos en sus fases iniciales del proceso generalmente hasta 1 año, aunque algunas veces se ha observado en pacientes de 18 meses de evolución.

Las incapacidades crónicas, como la de los parapléjicos, produce cambios de conducta importantes, por la realización de actividades poco frecuentes y de escaso atractivo para el paciente y para la familia.

Cuando se enfrenta a una situación en la que una conducta previa anteriormente eficaz ya no resulta útil, se presenta un período de confusión y desorganización.

Según Angera Domenjo (1980), pág. 98, "Los pacientes que más colaboran son los recién ingresados, porque tienen expectativas elevadas sobre su recuperación y para no generar frustración en el paciente, hay que hacerle ver en forma progresiva pero temprana, la diferencia entre recuperación total y máxima rehabilitación para que tenga un conocimiento real de su situación" y que las "Actitudes de Colaboración se deben al deseo de salir,

de ganar, de vivir, de tener motivaciones".

Efectivamente, si al parapléjico se le orienta en forma temprana sobre lo que es su paraplejia y se le prepara para su proceso de rehabilitación, le será más fácil obtener su adaptación, de tal forma que no mantenga expectativas mayores de lo que su lesión medular puede permitir.

D. LA REHABILITACION DEL PARAPLEJICO.

La historia de la rehabilitación es reciente, aunque durante siglos el hombre se ha esforzado por reincorporarse a sus actividades después de sufrir una disminución en su capacidad, en la actualidad las actitudes hacia la enfermedad y la invalidez han variado. En la antigüedad esa disminución era considerada como producto del pecado; los antiguos griegos la consideraban signo de inferioridad; y los primeros cristianos la consideraban como una forma de conseguir la gracia divina.

En general las actitudes de la sociedad hacia los inválidos son de rechazo, en otros casos de protección, pero generalmente son incomprensivos; en general, la actitud en nuestro tiempo ha sido de reincorporación física, social y económica. Estéve y Otal (1965, pág. 4), dicen que "La actitud de la sociedad en relación con los inválidos, generalmente y de un modo puramente verbal, es ligeramente favorable, sólo una minoría expresa francamente una actitud negativa; pero en realidad la actitud íntima, no expresada abiertamente, es hostil con más frecuencia que la manifestada por la mayoría. La actitud de los inválidos hacia su propia invalidez es con frecuencia negativa".

La historia de la rehabilitación, del paciente parapléjico se inició con la Segunda Guerra Mundial, debido a la cantidad de las personas inválidas, que constituían un problema social y económico y al rehabilitarlas se conseguía la independencia de los limitados físicos.

Según Smidth Camelo (1966), se consideran como pioneros de la rehabilitación las siguientes instituciones: el Instituto para minusválidos de Nueva York, el Instituto de Medicina Física y Rehabilitación del Centro Médico Bellave de la Universidad de Nueva York, el Centro de Lesiones Espinales en el Hospital Stoke Mondeville de Inglaterra; todos los cuales se iniciaron con el propósito de rehabilitar a los parapléjicos durante la Segunda Guerra Mundial.

Según Minusval, revista del Serem Nº 20 (1977), en 1949, la Secretaría General de la Comisión Social de la Organización Mundial de las Naciones Unidas, asumió la dirección y coordinación del programa de rehabilitación a nivel internacional, por el cual diversos países miembros han puesto en marcha programas de rehabilitación para ciegos, sordomudos, deficientes mentales, inválidos del aparato músculo esquelético, en donde también corresponde incluir al paciente parapléjico.

1 - Definición de Rehabilitación.

Al abordar este tema, la mayoría de los autores consideran en sus definiciones de rehabilitación la incorporación física, emocional, económica y social.

Schmidt Camelo, (1963, Pág. 48), la define como "Un proceso que utiliza diversos métodos físicos, psicológicos y ocupacionales para que un

inválido alcance el máximo de su recuperación física, emocional y económica".

Lindeman y otros (1973, Pág. 408), citan esta definición dando énfasis al aspecto psicológico, preponderante a los aspectos físicos y profesionales, para que el individuo se enfrente al proceso de rehabilitación y dice: "Actualmente la rehabilitación se considera como un proceso creador en el que se desarrollan y aprovechan hasta el máximo de su efectividad las fuerzas psíquicas que le quedan al discapacitado. Es una técnica, con la que se mejoran las potencias corporales, psíquicas e intelectuales del discapacitado, hasta el punto de que pueda competir con sujetos normales con las mismas posibilidades de éxito".

A la rehabilitación se le considera la tercera fase de la medicina, siendo la primera fase la medicina preventiva, y la segunda la medicina curativa. Las prevenciones sanitarias como los programas de vacunación, saneamiento ambiental o de seguridad laboral, son aspectos de la medicina preventiva. La medicina curativa tiene por objeto restablecer la salud perdida; y la medicina de rehabilitación trata las secuelas incapacitantes para disminuir, mejorar o evitar la incapacidad.

Desde el punto de vista material, la rehabilitación del paciente parapléjico se ve compensada cuando éste se convierte en un ente productivo, en lugar de ser dependiente en un asilo o en su hogar, y al realizarse como parte de la fuerza productiva para su país y su familia, recupera su condición plena como persona, como ser humano y por lo tanto encuentra su razón de ser y de vivir. Si bien no puede deambular en forma normal, tiene un cerebro completamente bueno y sus miembros superiores están intactos.

Si se toma en cuenta que la mayoría de trabajos se realizan en posición sentada, un parapléjico en una silla de ruedas puede desempeñar muchos de ellos toda vez que esté orientado y adiestrado adecuadamente.

El fin máximo de la rehabilitación es que el parapléjico se incorpore al trabajo y obtenga así un alto grado de autoestima; se permita obtener satisfacciones, además de mantener y fomentar contactos sociales y realizar metas propuestas.

2 - Metas de la Rehabilitación para el paciente Parapléjico.

Según Sánchez de Tinetti (1982), las metas de la rehabilitación integral están enfocadas de acuerdo con las siguientes metas:

- a) Alcanzar la máxima independencia física en sus actividades funcionales; realizables cuando el parapléjico logra desplazarse de un lugar a otro, ya sea en silla de ruedas o con aparatos ortopédicos.
- b) Lograr un ajuste emocional que le permita una aceptación de su invalidez; este efecto es de mucha importancia en el proceso, para que él pueda recuperar su autoestima y confianza.
- c) Incorporar al paciente al seno familiar y al mismo trabajo que antes desempeñaba o adiestrarlo en uno nuevo.
- d) Incorporar al paciente a las actividades de la comunidad.

Haciendo un resumen sobre lo tratado en la exposición anterior, se ha

recalcado que para el cumplimiento de las metas de la rehabilitación integral se consideran factores como: la motivación, la personalidad, las condiciones materiales y de vida, las actitudes del medio y las actitudes del parapléjico, de las cuales se estudiarán las actitudes en cuatro áreas relacionadas con la vida del parapléjico.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Después de la Segunda Guerra Mundial se inició la rehabilitación de los minusválidos, con el objeto de atender al elevado número de lisiados, entre ellos a los parapléjicos, considerándose a Estados Unidos e Inglaterra los primeros en desarrollar programas para tal fin.

En la mayoría de los países existen programas encaminados a la rehabilitación de los lisiados, siendo El Salvador uno de ellos, mencionándose entre los centros que se dedican a la rehabilitación del aparato músculo esquelético, en donde se atiende a los parapléjicos, a los siguientes: Centro del Aparato Locomotor del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, la Unidad Primero de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y la Unidad de Rehabilitación del Hospital Militar.

Se ha observado que los parapléjicos, con quienes se lleva a cabo una ardua labor de equipo por un tiempo considerado de 6 a 9 meses, en su mayoría no llegan a rehabilitarse íntegramente y son dados de alta antes de finalizar el proceso, por observar mala conducta o por ser poco colaboradores. Este problema justifica la presente investigación, porque el número de parapléjicos tiende a aumentar debido a la violencia imperante en el país, principalmente por la guerra en que se vive. Según informes de los tres centros arriba mencionados, el número de parapléjicos en los dos últimos años en el Centro del Aparato Locomotor aumentó en un 75%, siendo la mayoría de casos, lesiones traumáticas con arma de fuego; en la Unidad Primero de Mayo del Seguro Social, el aumento ha sido en un 50%, siendo también los traumatismos por arma de fuego los de mayor incidencia; no fué posible obtener datos en la Unidad de Rehabilitación del Hospital Militar,

por ser datos muy confidenciales; pero es aquí donde el incremento ha sido mayor, según datos obtenidos a través de conversaciones con personal técnico que da atención a estos pacientes.

Para tener una idea más concreta sobre el presente tema, se hizo una entrevista preliminar al personal que atiende a los parapléjicos sobre el comportamiento de éstos durante el proceso de rehabilitación y se entrevistó a algunos pacientes para conocer su opinión acerca de su rehabilitación, llegándose a considerar que la mayoría de los parapléjicos pueden ser capaces de tener un mejor grado de rehabilitación, si sus actitudes fueran favorables para que puedan observar un comportamiento colaborador. Estas actitudes parecen tener su mayor conflicto con el aspecto de su propia persona, la familia, la institución donde se rehabilita y con las condiciones materiales de vida.

Si para conseguir un grado satisfactorio de rehabilitación y el logro de las metas propuestas es necesario que el paciente parapléjico colabore, podría suponerse que los fracasos en este proceso de rehabilitación se deben en parte a la poca o nula colaboración, por lo que es factible relacionar la calidad favorable o desfavorable de las actitudes con el comportamiento colaborador o no colaborador durante el proceso de rehabilitación.

Al revisar lo que se ha expuesto sobre las actitudes y el comportamiento, así como las conclusiones de las entrevistas sostenidas con personal tratante y pacientes (vease en anexo A), puede considerarse en parte a las actitudes como posibles causas de que el parapléjico no alcance las metas establecidas.

En consecuencia, se plantea el siguiente problema: ¿ Se realacionan las actitudes de los sujetos parapléjicos hacia sí mismo, la institución donde

OBJETIVOS

De acuerdo con el problema planteado anteriormente, se enfocan los siguientes objetivos:

Objetivo General.

Conocer en el paciente parapléjico del Centro del Aparato Locomotor, si las actitudes favorables o desfavorables hacia sí mismo, hacia la institución, hacia la familia y hacia las condiciones materiales de vida, se relacionan con el comportamiento colaborador o no colaborador, en las actividades de rehabilitación.

Objetivos Específicos.

1. Conocer en el paciente parapléjico del Centro del Aparato Locomotor, si las actitudes favorables o desfavorables hacia sí mismo se relacionan con el comportamiento colaborador o no colaborador en las actividades de rehabilitación.
2. Conocer en el paciente parapléjico del Centro del Aparato Locomotor, si las actitudes favorables o desfavorables hacia la institución donde se rehabilita, se relacionan con el comportamiento colaborador o no colaborador en las actividades de rehabilitación.
3. Conocer en el paciente parapléjico del Centro del Aparato Locomotor, si las actitudes favorables o desfavorables hacia la familia se relacionan con el comportamiento colaborador o no colaborador en las actividades de rehabilitación.

4. Conocer en el sujeto parapléjico del Centro del Aparato Locomotor, si las actitudes favorables o desfavorables hacia las condiciones materiales de vida, se relacionan con el comportamiento colaborador o no colaborador, en las actividades de rehabilitación.

III. SISTEMA DE HIPOTESIS Y DEFINICION DE VARIABLES.

A. Hipótesis General.

Los sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia sí mismos, hacia la familia, hacia la institución, y hacia las condiciones materiales de vida, observan comportamiento colaborador en las actividades de rehabilitación.

B. Hipótesis Específicas

1. Los sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia sí mismos, observan un comportamiento colaborador en las actividades de rehabilitación.
2. Los sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia la institución, observan un comportamiento colaborador en las actividades de rehabilitación.
3. Los sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia la familia, observan un comportamiento colaborador en las actividades de rehabilitación.
4. Los sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia las condiciones materiales de vida, observan un comportamiento colaborador en las actividades de rehabilitación.

C. Definición y Control de Variables.

1. Variable Independiente.

Esta variable está constituida por las actitudes de los sujetos para-

pléjicos, hacia sí mismos, hacia la institución donde se rehabilita, hacia su familia y hacia sus condiciones materiales de vida.

a) Definición Operacional de Actitudes.

- i) La actitud hacia sí mismo, es la tendencia a reaccionar del sujeto parapléjico ante preguntas referidas a su imagen corporal alterada, sus limitaciones funcionales afectadas en forma severa, los accesorios que tiene que emplear como silla de ruedas, los recolectores de orina, aparatos y muletas.
- ii) La actitud hacia la institución, es la tendencia a reaccionar del sujeto parapléjico, hacia el trato que le da el personal encargado de su rehabilitación y al espacio físico de la institución.
- iii) La actitud hacia la familia es la tendencia a reaccionar del parapléjico, hacia la cual se pondrán de manifiesto mediante las respuestas ante preguntas referidas con la forma de percibir el apoyo que la familia le proporciona, donde entran en juego sentimientos de rechazo, compasión, hostilidad, inseguridad e inferioridad.
- iv) La actitud hacia las condiciones materiales de vida, es la tendencia a reaccionar del parapléjico ante preguntas relacionadas con la satisfacción de sus necesidades de vivienda y su acceso, ingreso monetario, presupuesto familiar, facilidades de implementación de equipo necesario como: silla de ruedas, muletas, aparatos, bolsas recolectoras de orina.

b) Control de Variable Independiente.

A todos los sujetos parapléjicos se les administró la "Escala de Actitudes", (ver anexo B) en forma oral, dándoles la misma consigna y administrado siguiendo las mismas normas de aplicación, corrección y puntuación. A las actitudes hacia sí mismo se les asignó un puntaje máximo de 50, considerándose como actitudes favorables a los puntajes comprendidos entre 26 y 50 y como actitudes desfavorables a los puntajes de 0 y 25, con un número de 10 items, con 5 alternativas cada item; y de igual forma se valoraron las actitudes hacia la institución, hacia la familia y hacia las condiciones materiales de vida.

2. Variable Dependiente.

a) Definición Operacional de la Variable Dependiente.

Esta variable la constituyó la forma de comportarse o la forma de conducirse del sujeto en las diferentes áreas donde asiste a sus actividades programadas durante el proceso de rehabilitación, considerándose como comportamiento colaborador el siguiente: asistir con puntualidad a las terapias, cumplir con las prescripciones medico-técnicas; mantener buenas relaciones con compañeros y personal; participar en actividades sociales en la institución y con la familia, así como cumplir con el reglamento de la institución. El comportamiento no colaborador es la forma de conducirse contraria a lo que corresponde al comportamiento colaborador. El comportamiento se midió en puntajes con el instrumento "Escala de Evaluación del Comportamiento", con

la que se evaluaron 13 rasgos de comportamiento, con una valoración para cada rasgo de 0 a 5 puntos; considerándose como comportamiento no colaborador al puntaje comprendido entre o hasta 32.5 y como comportamiento colaborador al puntaje comprendido arriba de 32.5 hasta 65 (véase descripción del instrumento en página 28).

b) Control de Variable Dependiente.

Quando se finalizó la administración del instrumento para evaluar las actitudes de los sujetos parapléjicos, se procedió a evaluar el comportamiento de la siguiente manera: A cada una de las personas del equipo de rehabilitación que tratan al sujeto en las diferentes áreas se les proporcionó el instrumento "Escala de Evaluación del Comportamiento", para que siguiendo las instrucciones de una de las investigadoras; evaluara los rasgos del comportamiento correspondiente a su área de tratamiento de acuerdo con la valoración cuantitativa para cada rasgo de comportamiento (véase descripción del instrumento en anexo E).

3. Variables Intervinientes.

Se consideraron como variables intervinientes las siguientes: nivel escolar, nivel socio-económico, estado civil, como variables de los sujetos; y del calificador, la subjetividad y la participación de varias personas en la evaluación por ser diferentes miembros los encargados de la rehabilitación de cada sujeto.

a) Definición de Variables Intervinientes.

- i) Nivel escolar, es el grado de estudios cursado por los sujetos.
- ii) Nivel socio- económico, es la posición donde se ubica a la persona de acuerdo a sus ingresos.
- iii) Estado civil, es la situación de una persona de acuerdo con la relación conyugal en que se encuentra.
- iv) Subjetividad del calificador, forma de obrar de una persona de acuerdo con su ánimo, basado en parámetros poco objetivos.
- v) Diferentes evaluadores, es la influencia de diferentes criterios para dar una opinión.

b) Variables Controladas.

Subjetividad y diferentes evaluadores; la subjetividad del calificador se controló haciendo la evaluación de un mismo rasgo de comportamiento para todos los sujetos participantes en la investigación; luego el siguiente rasgo, hasta terminar con los rasgos establecidos, para evitar la influencia del rasgo anterior en los subsiguientes rasgos. El control de diferentes evaluadores se hizo haciendo que cada técnico que participó en la evaluación del comportamiento leyera detenidamente el rasgo a explorar antes de iniciar la evaluación a fin de que tuvieran un concepto claro de lo que se iba a calificar.

c) Variables no Controladas.

Nivel escolar, estado civil y nivel socio-económico. En esta investigación participaron sujetos con diferentes niveles de escolaridad,

lo mismo que estado civil y nivel socioeconómico. Aunque ya se describió a la población objeto de esta investigación, con un nivel socioeconómico bajo, estas variables no fueron objeto de control porque si se ponía límite a éstas, quedarían pocos sujetos para hacer la investigación y su significación en los resultados obtenidos podría tener mucha incidencia -- en el resultado de esta investigación.

El nivel socioeconómico bajo es una de las características de esa población; pero, dentro del grupo, existen algunos que tienen más posibilidades de ingresos monetarios para la implementación de equipo y aditamentos propios para las actividades funcionales, lo cual no justifica hacer el control de la variable nivel socioeconómico.

IV. METODOLOGIA

A. SUJETOS

La población con la cual se desarrolló la presente investigación, la constituyeron todos los sujetos ingresados en el Departamento de Parapléjicos del Centro del Aparato Locomotor del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos; en este se encuentran ingresados parapléjicos masculinos y femeninos, cuyas edades oscilan entre las edades de 10 y 60 años; las causas de sus limitaciones físicas son por enfermedad o traumatismos, el nivel socioeconómico es bajo y la procedencia varía del área rural y área urbana. El tiempo de hospitalización está comprendido entre 6 meses y 1 año.

Para seleccionar la muestra se utilizó el tipo de muestreo intencional dirigido, porque la población es pequeña, las investigadoras seleccionaron de acuerdo con su criterio a los sujetos, la presentación se determinó por la intención, y opinión de quien hace la selección, no hubo selección por azar. La muestra quedó constituida por 17 sujetos.

El procedimiento de selección se realizó por la revisión del expediente clínico que se lleva de cada sujeto en el servicio de enfermería.

Las características de la muestra de esta investigación fueron las siguientes: sexo masculino, edad comprendida entre 18 y 50 años, el diagnóstico por lesión medular traumática, y nivel socioeconómico bajo.

B. INSTRUMENTOS.

En la investigación se utilizaron dos instrumentos que fueron elaborados

por las investigadoras, se basaron para la construcción de estos en conceptos teóricos sobre actitudes y comportamiento del parapléjico ya descrito en el marco teórico, por las entrevistas sostenidas con personal y pacientes (véase anexo A) y la experiencia que se tiene después de laborar durante 16 años con sujetos parapléjicos. Los instrumentos utilizados fueron:

Una Escala de Actitudes para evaluar la variable independiente que es la actitud hacia la rehabilitación y una escala de evaluación del comportamiento para evaluar la variable dependiente que es el comportamiento observado en el proceso de rehabilitación.

1 - Escala de Actitudes

- a) Descripción. La escala que se elaboró fue sometida a varias revisiones por profesionales psicólogos con experiencia en este campo, habiendo sido administrada para efectos de validez y fiabilidad con 60 items distribuidos en 4 áreas que exploraron actitudes hacia sí mismo, actitudes hacia la institución, actitudes hacia la familia y actitudes hacia las condiciones materiales de vida, correspondiendo 15 items a cada área mencionada; después de haberse validado el instrumento, se redujo a 40 items con 10 para cada área que exploró el test.
- b) Normas de Administración: Para efectos de validación y aplicación final con el grupo de investigación, una de las investigadoras se presentó con cada sujeto a quien le administró la escala de actitudes; después de establecer el rapport, le pidió la colaboración para contestar las preguntas de la escala, dándole la siguiente consigna: "Voy a hacerle una serie de preguntas relacionadas con su manera de opinar

respecto al proceso de su rehabilitación, se le pide completa sinceridad, pues tiene como objeto conocer como una persona con su forma de limitación física piensa, siente o actúa".

El test se administró en forma oral e individual; a cada sujeto se le leyó cada una de las proposiciones en forma de pregunta cerrada directa, donde el sujeto tuvo la posibilidad de contestar una de las cinco alternativas que tenía cada proposición y la investigadora marcó en la alternativa que le indicó cada participante de la investigación. La misma norma de administración se usó tanto para la investigación piloto como para la validación, y para la muestra sujeta a la investigación final.

- c) Valoración: cada ítem de la escala de actitudes tenía las siguientes alternativas: "Muy de acuerdo", "De acuerdo", "Indiferente", "En Desacuerdo" y "Muy en Desacuerdo". Conforme el planteamiento de cada ítem se asignaron valores de 5,4,3,2, ó 1 punto, respectivamente (véase modelo de escala de evaluación de actitudes en anexo B).

El puntaje máximo de la escala final después de la validación fue de 200, considerándose como actitudes favorables a los puntajes entre 100 y 200 puntos y como actitudes desfavorables a los correspondientes entre 1 y 99 puntos. Cada una de las 4 áreas tiene un valor máximo de 50 puntos, considerándose como actitudes favorables a los correspondientes entre 25 y 50 y como desfavorables a los correspondientes entre 1 y 24.

- d) Validación. Esta se llevó a cabo administrando la escala inicial de 60 ítems a una muestra de 8 sujetos parapléjicos con las mismas características de la muestra final.

Se computaron los puntajes totales y se ordenaron de manera que el sujeto con el puntaje más alto ocupara el primer lugar y en orden hasta llegar al más bajo. (Véase validación en anexo-C).

Para seleccionar los items que discriminaron mejor, se utilizó la técnica de "El Test de la Mediana", según Padua (1979); así se determinó el valor de la mediana de la escala y de cada item para los grupos altos y bajos combinados, se dicotomizaron los valores en una tabla de 2x2 para cada item de la siguiente forma:

	Grupo Alto	Grupo Bajo	
Número de puntajes por encima de la Md combinada.	A	B	A+B
Número de puntajes por debajo de la Md combinada.	C	D	C+D
	A+C	B+D	

Se aplicó a los resultados de la dicotomización, la prueba de la probabilidad exacta de Fischer, porque el número de casos fué menor de 40. La fórmula para el cómputo fué la siguiente:

$$P = \frac{(A+B)! (C+D)! (A+C)! (B+D)!}{N! A! B! C! D!}$$

De acuerdo al nivel de significación del 0.05 resultaron 15 items invalidados así: 4 pertenecientes a las actitudes hacia sí mismo, 5 hacia la

la familia, 3 hacia la institución y 3 hacia las condiciones materiales de vida; pero, para efectos de equilibrar el test con igual número de items en cada área a explorar y para que éste no fuera excesivamente largo, se eliminaron 5 items más que habían salido válidos, quedando así la escala de 40 items, habiéndose eliminado 20 items en total (véase en anexo B escala validada y ejemplo de validación en anexo C).

e) Confiabilidad de la escala de actitudes.

Para la obtención de la fiabilidad se utilizó la correlación entre mitades del test, utilizando la fórmula de Spearman por el método de diferencia de rangos o coeficiente de correlación de rangos, cuya fórmula tomada de Siegel (1977, pág. 236), es la siguiente:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{N(N^2 - 1)}$$

Donde:

r_s = Coeficiente de correlación

N = Número de sujetos

1 = Constante

6 = Constante

d_i = Diferencia entre los rangos de las 2 variables (cada d_i se eleva al cuadrado)

El test se dividió en mitades y éstas en items pares e impares; se aplicó la fórmula descrita y se obtuvo una confiabilidad de 0.99.

(véase procedimiento en anexo C).

2. Escala de Evaluación del Comportamiento

a) Descripción: Igual que la escala de actitudes, la escala de evaluación del comportamiento se elaboró con base en conceptos técnicos descritos en este marco teórico, tomando como referencia el comportamiento descrito de Krusen (1974), Schmidt Camelo, (1963), y Angera Doménjo (1980), para este tipo de sujetos, además, se tomaron en cuenta las referencias del personal encargado de su rehabilitación y la observación directa de los mismos pacientes en la experiencia que tienen las investigadoras.

Este test está constituido por 13 rasgos de comportamiento a explorar (véase anexo E), para efectos de evaluación con cada uno de los miembros del personal en cada área de tratamiento donde el parapléjico asiste regularmente, como son: enfermería, psicología, terapia ocupacional y fisioterapia, con 3 modalidades atendidas por diferente fisioterapeuta, como terapia en cubículo, terapia en colchón y terapia en gimnasio; para hacer la evaluación se utilizaron 38 hojas de respuesta donde están anotados cada uno de los rasgos de comportamiento que se evaluaron en cada área.

A continuación, los rasgos evaluados en cada una de las áreas:

i) Enfermería

Rasgo N^o 1. Cumple con prescripciones médicas.

Rasgo N^o 2. Relaciones adecuadas con los compañeros.

Rasgo N^o 3. Relaciones adecuadas con el personal.

Rasgo Nº 4. Confianza en su propia persona.

Rasgo Nº 5. Interacción con los compañeros.

Rasgo Nº 6. Grado de acercamiento familiar.

Rasgo Nº 7. Interés por visitar su casa.

Rasgo Nº 8. Cumple el reglamento del servicio.

ii) Fisioterapia con modalidades de cubículo, colchón y gimnasio.

Rasgo Nº 1. Asistencia al tratamiento.

Rasgo Nº 2. Trabajo en actividades técnicas.

Rasgo Nº 3. Confianza demostrada en su propia persona.

Rasgo Nº 4. Relaciones adecuadas con los compañeros (no se evaluó en terapia de cubículo).

Rasgo Nº 5. Relaciones adecuadas con el personal.

iii) Terapia Ocupacional.

Rasgo Nº 1. Asistencia al tratamiento.

Rasgo Nº 2. Trabajo en actividades técnicas.

Rasgo Nº 3. Confianza en su propia persona.

Rasgo Nº 4. Relaciones adecuadas con los compañeros.

Rasgo Nº 5. Relaciones adecuadas con el personal.

Rasgo Nº 6. Interacción con los compañeros en el servicio.

Rasgo Nº 7. Interés en las actividades vocacionales.

iv) Psicología.

Rasgo Nº 1. Asistencia a sus citas.

Rasgo Nº 2. Participación espontanea de los problemas al psicólogo.

Rasgo Nº 3. Acepta hablar de sus limitaciones.

Rasgo Nº 4. Denota confianza en sí mismo.

Rasgo Nº 5. Grado de acercamiento familiar.

Rasgo Nº 6. Interés por visitar su hogar.

Rasgo Nº 7. Interés en actividades vocacionales.

Rasgo Nº 8. Relaciones adecuadas con los compañeros.

Rasgo Nº 9. Relaciones adecuadas con el personal.

Cada rasgo que se evaluó contenía la lista de todos los pacientes que participaron para evaluar rasgo por rasgo; y después, los valores obtenidos fueron trasladados a la hoja individual para cada paciente.

b) Valoración: los valores para calificar, de acuerdo con su comportamiento colaborador o no colaborador, fueron los siguientes:

i) Para el comportamiento donde no hay colaboración, con la expresión "Nunca" con el valor de 1.

ii) Para el comportamiento de menor colaboración, con la expresión "Casi Nunca", el valor de 2.

iii) Para el comportamiento un poco colaborador, con la expresión "Algunas Veces", con la valoración de 3.

iv) Para el comportamiento en que se observa bastante colaboración, con la expresión "La mayoría de veces", con la valoración de 4.

v) Para el comportamiento donde siempre se observa comportamiento colaborador, con la expresión "Siempre Colabora", con la valoración de 5.

El puntaje total de la escala es de 65, considerándose para el comportamiento colaborador el puntaje comprendido arriba de 32.5 hasta 65, y para el comportamiento no colaborador con el puntaje comprendido entre 1 hasta menos de 32.5.

- c) Normas de Administración: Las investigadoras se presentaron con cada uno de los miembros del equipo de rehabilitación y les pidieron la colaboración para evaluar el comportamiento de algunos parapléjicos que recibían tratamiento con ellos y se les mostró una de las hojas con los rasgos descritos conteniendo la lista de sujetos a evaluarse y leyéndoles los criterios para la respectiva evaluación.
- d) Validación: Este instrumento no se sometió a validación porque según Thorndike (1972), debido a los factores limitantes y deformadores como consecuencia de la falta de precisión en la calificación de los clasificadores, la validez de estas escalas es dudosa. El error de generosidad y el error de halo que puede cometerse al clasificarse se debe controlar, a fin de que la validez sea más confiable; y comunmente es difícil hacer alguna prueba estadística de la validez de las escalas de clasificación; por lo común no hay que cotejar las clasificaciones. En un contexto la validez de las clasificaciones es axiomático.
- e) Confiabilidad: De acuerdo a Thorndike (1972), la confiabilidad del comportamiento se hizo mediante la comparación de datos de dos clasificadores, por lo que para la confiabilidad de esta escala de comportamiento se hizo la evaluación con 8 sujetos, que fueron utilizados para la validación de la escala de actitudes; una de las investigadoras entrevistó a cada uno de los miembros del personal que atienden al parapléjico en las diferentes áreas y, después de haberles explicado lo que se quería investigar, se les presentó rasgo por rasgo con la nomina de los 8 pacientes hasta que se terminó de evaluar;

la otra investigadora hizo lo mismo con otros miembros del personal que habían atendido al paciente en esas áreas, pues en este centro el personal rota cada 2 meses por las diferentes áreas. Una vez finalizada la evaluación, se procedió a pasar los datos a la hoja personal para cada paciente de los dos grupos de evaluadores y se realizó el procedimiento estadístico, haciendo la correlación mediante la fórmula de Spearman Brown, cuya expresión es la siguiente: $r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{N(N^2 - 1)}$ habiéndose obtenido una correlación de 0.98 (véase en anexo F). Dada la alta confiabilidad del instrumento, no se consideró necesario hacer la corrección de Spearman Brown.

C. PROCEDIMIENTO.

El procedimiento se efectuó en dos etapas; la primera, con el objeto de hacer la validación de los instrumentos y la segunda dedicada a la realización de la investigación, considerándose en cada una de las dos etapas varios pasos, así:

1ª Etapa. Validación de Instrumentos.

- 1 - Se habló con los diferentes miembros del equipo de rehabilitación para explicarles el propósito de la investigación.
- 2 - Se hizo la validación de los instrumentos "Cuestionario de Actitudes" y "Escala de Valoración del Comportamiento", con una muestra de 8 sujetos, representativos de la población de parapléjicos, cuyas formas de confiabilidad y validación se explicaron anteriormente.

2ª Etapa. Realización de la Investigación.

- 1 - Se seleccionó la muestra de sujetos parapléjicos con las características descritas, para los sujetos de esta investigación.
- 2 - Se procedió a aplicar el instrumento "Cuestionario de Actitudes", en forma individual y oral, a una muestra de 17 sujetos parapléjicos.
- 3 - Se registró el comportamiento de cada sujeto, con la participación de cada uno de los miembros del personal que intervenían en el proceso

de rehabilitación en cada área descrita en esta investigación, con el instrumento para registrar el comportamiento.

4 - Se registraron las distintas formas de comportamiento en la hoja de comportamiento global en todas las áreas evaluadas, para obtener el puntaje de cada sujeto.

5 - Se hizo la correlación de los puntajes obtenidos en ambos instrumentos de acuerdo al estadístico seleccionado, como es el coeficiente de correlación cuádruple o coeficiente de correlación R .

D. DISEÑO DE INVESTIGACION.

Esta es una investigación ex-post-facto porque no se realizó una manipulación sobre la variable independiente y porque ya acontecieron sus manifestaciones.

El grupo objeto de la investigación fue grupo único.

La variable independiente la constituyeron las actitudes en la que se consideran cinco categorías cualitativamente diferentes, las cuales son:

a) Actitud general, que comprende la totalidad del cuestionario de actitudes o sea la sumatoria total de las actitudes hacia sí mismo, hacia la familia, hacia la institución y hacia las condiciones materiales de vida. Esta variable está representada por X.

- b) Actitudes hacia sí mismo (X_1)
- c) Actitudes hacia la familia (X_2)
- d) Actitudes hacia la institución (X_3)
- e) Actitudes hacia las condiciones materiales de vida (X_4)

La variable dependiente la constituyó el comportamiento (Y).

- 1º Primeramente se correlacionaron las actitudes en general (X) con el comportamiento (Y).

X _____ Y

- 2º Se correlacionaron las actitudes hacia sí mismo con el comportamiento.

X_1 _____ Y

- 3º Se correlacionaron las actitudes hacia la familia con el comportamiento.

X_2 _____ Y

- 4º Se correlacionaron las actitudes hacia la institución con el comportamiento.

X_3 _____ Y

- 5º Se correlacionaron las actitudes hacia las condiciones materiales de vida con el comportamiento.

X_4 _____ Y

Considerando las variables independientes y dependientes como variables continuas, y para probar la hipótesis al nivel de medición logrado, se dividieron

cada una de las dos variables, las cuales se relacionaron tal como se expresa en las tablas que se exponen a continuación.

Para Hip. 1:

ACTITUDES

Comportamiento	ACTITUDES		
	Favorables	Desfavorables	
Colaborador	a	b	k
No colaborador	c	d	l
	m	n	N

Para Hip. 2:

ACTITUD HACIA SI MISMO

Comportamiento	ACTITUD HACIA SI MISMO		
	Favorables	No favorables	
Colaborador	a	b	k
No colaborador	c	d	l
	m	n	N

Para Hip. 3:

ACTITUDES HACIA LA FAMILIA

Comportamiento	ACTITUDES HACIA LA FAMILIA		
	Favorables	No favorables	
Colaborador	a	b	k
No colaborador	c	d	l
	m	n	N

Para Hip. 4: ACTITUDES HACIA LA INSTITUCION

Comportamiento	Favorables	No favorables	
Colaborador	a	b	k
No colaborador	c	d	l
	m	n	N

ACTITUDES HACIA LAS CONDICIO-

Para Hip. 5: NES MATERIALES DE VIDA.

Comportamiento	Favorables	No favorables	
Colaborador	a	b	k
No colaborador	c	d	l
	m	n	N

Explicación de las tablas anteriores.

a: N^o de sujetos con actitudes desfavorables y comportamiento colaborador.

b: N^o de sujetos con actitudes desfavorables y comportamiento colaborador.

c: N^o de sujetos con actitudes favorables y comportamiento no colaborador.

d: N^o de sujetos con actitudes desfavorables y comportamiento colaborador.

$$m = a+c \quad k = a+b$$

$$n = b+d \quad l = c+d$$

$$N = k+l$$

CAPITULO V

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Para la prueba de las hipótesis se utilizó el coeficiente cuadruple o coeficiente ϕ , debido a que en el planteamiento de las hipótesis las dos variables que se correlacionaron tenían un nivel de medición ordinal y los puntajes obtenidos en cada variable se les clasificó en dos categorías, así:

- | | |
|---------------------------|---------------------------------|
| | - actitudes favorables |
| a) Variable Independiente | - actitudes desfavorables |
| | - comportamiento colaborador |
| b) Variable Dependiente | - comportamiento no colaborador |

Cada una de las dos variables fueron dicotomizadas; así se tuvo una tabla de dos por dos, en la relación de las dos variables.

Para la prueba de significación del coeficiente de correlación cuadruple se aplicó la X^2 a un nivel de significación de 0.05 con 1 grado de libertad.

Las hipótesis estadísticas que se formularon para este análisis fueron hipótesis nulas.

H_0 No existe diferencia significativa entre el total de sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables y los que tienen actitudes desfavorables, en relación a su comportamiento colaborador o no colaborador durante el proceso de su rehabilitación.

Ho₂ No existe diferencia significativa entre el total de sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia sí mismo y los que tienen actitudes desfavorables, en relación a su comportamiento colaborador o no colaborador durante el proceso de su rehabilitación.

Ho₃ No existe diferencia significativa entre el total de sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia la familia y los que tienen actitudes desfavorables, en relación a su comportamiento colaborador o no colaborador durante el proceso de su rehabilitación.

Ho₄ No existe diferencia significativa entre el total de sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia la institución y los que tienen actitudes desfavorables, en relación a su comportamiento colaborador o no colaborador durante el proceso de su rehabilitación.

Ho₅ No existe diferencia significativa entre el total de sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia las condiciones materiales de vida y los que tienen actitudes desfavorables, en relación a su comportamiento colaborador o no colaborador durante el proceso de su rehabilitación.

HI₁ Existe diferencia significativa entre el total de sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables y los que tienen actitudes desfavorables, en relación a su comportamiento colaborador o no colaborador durante el proceso de su rehabilitación.

HI₂ Existe diferencia significativa entre el total de sujetos parapléjicos que

tienen actitudes favorables hacia si mismo y los que tienen actitudes desfavorables, en relación a su comportamiento colaborador o no colaborador durante el proceso de su rehabilitación.

HI₃ Existe diferencia significativa entre el total de sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia la familia y los que tienen actitudes desfavorables en relación a su comportamiento colaborador o no colaborador durante el proceso de su rehabilitación.

HI₄ Existe diferencia significativa entre el total de sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia la institución y los que tienen actitudes desfavorables, en relación a su comportamiento colaborador o no colaborador, durante el proceso de su rehabilitación.

HI₅ Existe diferencia significativa entre el total de sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia las condiciones materiales de vida y los que tienen actitudes desfavorables, en relación a su comportamiento colaborador o no colaborador durante el proceso de su rehabilitación.

Cuadro Nº 1

Tabla de 2x2 en las que se relacionaron las actitudes en general y el comportamiento

V.D. \ V.I.	Actitud en General		
	Favorables	Desfavorables	
Comportamiento			
Colaborador	a 15	b 1	k 16
No colaborador	c 1	d 0	l 1
	m 16	n 1	

Descripción de la tabla anterior.

- a: Nº de sujetos con actitudes favorables y comportamiento colaborador = 15
- b: Nº de sujetos con actitudes desfavorables y comportamiento colaborador = 1
- c: Nº de sujetos con actitudes favorables y comportamiento no colaborador = 1
- d: Nº de sujetos con actitudes desfavorables y comportamiento no colaborador = 0

En la obtención de los valores marginales, se trabajó con las siguientes igualdades:

Con la suma de frecuencias de las casillas a+b se obtiene el valor $K=16$.

Con la suma de frecuencias de las casillas c+d se obtiene $l = 1$

Con la suma de frecuencias de las casillas a+c se obtiene $m=16$.

Con la suma de frecuencias b+d se obtiene $n=1$.

A estos datos se les aplicó la fórmula del coeficiente cuádruple, la cual se expresa de la siguiente forma:

$$\phi = \frac{(ad - bc)}{\sqrt{(k)(l)(m)(n)}}$$

$$\phi = \frac{(15 \times 0) - (1 \times 1)}{\sqrt{(16)(1)(16)(1)}}$$

$$\phi = \frac{0 - 1}{\sqrt{256}}$$

$$\phi = \frac{-1}{16}$$

$$\phi = -0.06$$

Una vez obtenido el valor ϕ se procedió a aplicar la prueba de significación, mediante X^2 con 1 g. de libertad y a un nivel de significación del 5.05; los resultados fueron:

$$X^2 = N\phi^2$$

$$X^2 = 17 (0.06)^2$$

$$X^2 = 17 \times 0.036$$

$$X^2 = 0.072$$

Al confrontar el valor teórico de X^2 en la tabla de valores críticos correspondientes a 1 grado de libertad y a un nivel de significación de 0.05 equivalentes a 3.84 y el valor experimental obtenido para esta investigación, que es de 0.72, nos indica que la X^2 no es significativo. el valor de ϕ , por lo que se acepta la hipótesis nula.

Cuadro N° 2

Tabla de 2x2 en las que se relacionaron las actitudes hacia sí mismo y el comportamiento.

V.D \ V.I	Actitudes hacia sí mismo		
	Favorables	Desfavorables	
Comportamiento	a	b	k
Colaborador	12	3	15
	c	d	l
No colaborador	1	1	2
	m	n	
	13	4	

$$\phi = \frac{(ad - bc)}{\sqrt{(k)(l)(m)(n)}}$$

$$\phi = \frac{(12 \times 1 - 3 \times 1)}{\sqrt{(15)(2)(13)(4)}}$$

$$\phi = \frac{12 - 3}{\sqrt{1560}}$$

$$\phi = \frac{9}{\sqrt{39.5}}$$

$$\phi = 0.22$$

Al valor de ϕ se aplicó la prueba de significación, mediante X^2 con 1 g de l y a un nivel de significación del 5%; los resultados fueron:

$$X^2 = N\phi^2$$

$$X^2 = 17 (0,22)^2$$

$$X^2 = 17 \times 0.51$$

$$X^2 = 0.879$$

De acuerdo al valor experimental de X^2 , cuyo valor es menor que X^2 de la tabla, se decide aceptar la hipótesis nula de que no existe relación entre las actitudes hacia sí mismo del parapléjico y el comportamiento colaborador o no colaborador.

El valor experimental de X^2 igual a 0.879 es menor que X^2 de la tabla a un nivel de significación de 0.05; y a 1 grado de libertad, equivalente a 3.84, nos indica que el valor de ϕ no es significativo, por lo que se acepta la hipótesis nula.

Cuadro Nº 3

Tabla de 2x2 en las que se relacionaron las actitudes hacia la familia y el comportamiento.

V.D. \ V.I.	Actitudes hacia la familia		
	Favorables	Desfavorables	
Colaborador	a 15	b 0	k 15
No colaborador	c 2	d 0	l 2
	m 17	n 0	

$$\phi = \frac{(ad - bc)}{\sqrt{(k)(l)(m)(n)}}$$

$$\phi = \frac{(16 \times 0 - 0 \times 2)}{\sqrt{(16)(2)(17)(0)}}$$

$$\phi = \frac{0}{0}$$

El resultado nos dice que hay ausencia absoluta de relación entre las actitudes del parapléjico hacia su familia y el comportamiento colaborador o no colaborador, por lo que se procede a aceptar la hipótesis nula planteada.

Cuadro N° 4

Tabla de 2x2 en las que se relacionaron las actitudes hacia la institución donde se rehabilita y el comportamiento.

V.D. \ V.I.	Actitudes hacia la Institución		
	Favorable	Desfavorable	
Comportamiento			
Colaborador	a 13	b 2	k 15
No colaborador	c 2	d 0	l 2
	m 15	n 2	

$$\phi = \frac{(ad - bc)}{\sqrt{(k)(l)(m)(n)}}$$

$$\phi = \frac{13 \times 0 - 2 \times 2}{\sqrt{(13)(2)(15)(2)}}$$

$$\phi = \frac{-4}{\sqrt{900}}$$

$$\phi = \frac{-4}{30}$$

$$\phi = -0.133$$

A los resultados de ϕ se aplica la prueba de significación de X^2 , obteniéndose el siguiente resultado:

$$X^2 = N\phi^2$$

$$X^2 = 17 (-0.133)^2$$

$$X^2 = 17 \times 0.069$$

$$X^2 = 0.30$$

El valor experimental de X^2 igual a 0.30, resultó menor que el valor teórico de X^2 en la tabla de valores críticos a 1 grado de libertad y a un nivel de significación de 0.05 equivalente a 3.84, por lo que se acepta la hipótesis nula planteada de que no existe relación entre las actitudes hacia la institución y el comportamiento colaborador o no colaborador.

Cuadro Nº 5

Tabla de 2x2 en las que se relacionaron las actitudes hacia las condiciones materiales de vida y el comportamiento colaborador o no colaborador.

V.D. \ V.I	Actitudes a las condiciones materiales de vida.		
	Favorables	Desfavorables	
Comportamiento			
Colaborador	a	b	k
	10	5	15
No colaborador	c	d	2
	1	1	2
	m	n	
	11	6	

$$\phi = \frac{ab - bc}{\sqrt{(k)(l)(m)(n)}}$$

$$\phi = \frac{(10 \times 1) - 5 \times 1}{\sqrt{(15)(2)(11)(6)}}$$

$$\phi = \frac{5}{\sqrt{1980}}$$

$$\phi = \frac{5}{44.4}$$

$$\phi = 0.11$$

Al resultado de $\phi = 0.11$ se aplicó la prueba de significación chi cuadrada obteniéndose el siguiente resultado:

$$X^2 = N\phi^2$$

$$X^2 = 17 (0.11)^2$$

$$X^2 = 17 \times 0.012$$

$$X^2 = .205$$

El valor experimental de X^2 igual a 0.205, resultó menor que el valor teórico de X^2 de la tabla de valores críticos a 1 grado de libertad y a un nivel de significación de 0.05, equivalente a 3.84, por lo que se acepta la hipótesis nula planteada de que no existe relación entre las actitudes del parapléjico hacia las condiciones materiales de vida y su comportamiento colaborador o no colaborador.

Cuadro resumen de los valores ϕ encontrados, y de sus respectivas pruebas de significación

Actitudes	Valores de ϕ	X ² Chi cuadrada		Decisión de Ho
		Valor teórico	Valor encontrado	
Actitudes en general con el comportamiento.	0.06	3.84	0.072	Se acepta hipótesis general nula. Ausencia de relación entre las dos variables actitudes y comportamiento.
Hacia sí mismo	0.22	3.84	0.88	Se acepta hipótesis Ho Ausencia de relación entre el comportamiento y actitudes hacia sí mismo.
Hacia la familia	-0.00	3.84	0.0.0	Se acepta la hipótesis Ho. Ausencia de relación entre comportamiento y actitudes hacia la Institución.
Hacia la Institución	0.13	3.84	0.30	Se acepta hipótesis Ho. Ausencia de relación entre el comportamiento y actitudes hacia la familia.
Hacia las condiciones materiales de vida.	0.11	3.84	0.205	Se acepta hipótesis Ho. Ausencia de relación entre las actitudes hacia las condiciones materiales de vida y el comportamiento.

En el cuadro resumen anterior puede verse que los valores de ϕ son sumamente bajos, igual que su nivel de significación, tanto para la hipótesis general como para las hipótesis específicas y, de acuerdo a estos resultados, hay relación débil, nula y negativa entre las actitudes con el comportamiento del parapléjico en su proceso de rehabilitación.

Por lo anterior, ante estos indicios cuantitativos, en esta investigación se ha comprobado que se puede considerar que las actitudes son un factor de peso que explica el comportamiento colaborador o no colaborador de los parapléjicos.

CAPITULO VI

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

La investigación efectuada con una muestra de 17 sujetos parapléjicos del Centro del Aparato Locomotor, todos ellos ingresados en el Departamento de Parapléjicos, partió del supuesto de la Hipótesis General que sostuvo que: "Los sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia sí mismos, hacia la familia, hacia la institución y hacia las condiciones materiales de vida, observan comportamiento colaborador en las actividades de rehabilitación".

Como se ha visto en el marco teórico, la paraplejía le ocasiona al sujeto una serie de cambios fisiológicos irreversibles, lo que genera una serie de reacciones conductuales desajustadas, las cuales estarán determinadas tanto por sus actitudes, su estilo de vida, sus intereses, como por las condiciones del medio social.

Dentro de este marco de referencia, es deducible que el comportamiento del parapléjico se ve determinado por la múltiple interacción de los factores antes mencionados en su comportamiento y que, además, existen otras variables que estuvieron presentes fuera de control, lo cual pudo haber influido para que en el proceso estadístico no se haya determinado la significación de relación entre las variables de esta investigación.

Para la comprobación de los datos obtenidos se utilizó el coeficiente cuádruple o coeficiente, Φ , cuyo resultado para la hipótesis específica fue de una ausencia de relación entre las variables actitudes en general con el comportamiento.

Hipótesis Específica 1

El supuesto de que los sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia sí mismos observan un comportamiento colaborador en las actividades de rehabilitación, se estableció sobre el mismo estadístico; habiéndose obtenido una correlación entre actitudes y comportamiento de 0.88, la cual no es significativa.

Estas actitudes hacia sí mismo implican la aceptación de su imagen corporal y el proceso de aprendizaje en el manejo de sus accesorios, como son: la silla de ruedas, bolsa urinaria, uso de aparatos y muletas; todo lo cual forma parte del cumplimiento del programa de rehabilitación y su colaboración le asegura la permanencia en el Centro.

Hipótesis Específica 2

Se partió del supuesto de que los sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia la institución observan un comportamiento colaborador.

La prueba de significación X^2 dio una correlación de 0.30, la cual no es significativa de lo que se deduce que no hay relación entre dichas variables.

Al explorar las reacciones del sujeto parapléjico hacia el trato que le da el personal encargado de su rehabilitación y el espacio físico de la institución, ambos se encuentran vinculados, ya que la aceptación de este espacio físico y la buena relación con el personal le garantiza su permanencia en dicha institución, lo cual tiene vital significación en el proceso de rehabilitación.

Hipótesis Específica 3

El supuesto de esta hipótesis fue que los sujetos parapléjicos que tienen actitudes favorables hacia la familia observan un comportamiento colaborador en las actividades de rehabilitación.

La prueba de significación X^2 fue de 0, lo cual indica ausencia completa de relación entre las 2 variables.

Se trató de explorar la forma de como él percibe el apoyo familiar, en donde entran en juego, la aceptación, rechazo, compasión, hostilidad, seguridad e inseguridad y las visitas al hogar.

El papel que desempeña la familia es muy importante, ya que en ella se generan expectativas respecto a que deberá integrarse al salir del Centro y, además, son las personas que le darán apoyo en las actividades que él quiera realizar en el futuro.

Hipótesis Específica 4

Se partió del supuesto de que los sujetos parapléjicos, que tienen actitudes favorables hacia las condiciones materiales de vida, observan un comportamiento colaborador en las actividades de rehabilitación.

La prueba X^2 resultó de .205, lo cual no es significativo indicando que no hay relación entre las dos variables.

El nivel de significación obtenido puede estar vinculado a que, dentro de la Institución, el paciente encuentra las adaptaciones necesarias, tiene su alimentación, su silla de ruedas, sus medicinas; por lo que su comportamiento es de colaboración, aunque este nivel estadístico no sea significativo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

1 - La correlación encontrada entre actitudes y comportamiento en general no fue significativa, lo cual indica que no hay relación entre dichas variables.

El mismo resultado se encontró entre las actitudes hacia sí mismo, hacia la familia, hacia la institución y hacia las condiciones materiales de vida y el comportamiento cuyos resultados fueron correlación no significativa, indicando que no hay relación entre dichas variables.

Empíricamente, o sea en la práctica a través de diferentes épocas del año, se observa que muchas veces hay sujetos con comportamiento no colaborador en diferentes aspectos, como son: faltas al reglamento, problemas de relación con compañeros, falta de colaboración con las diferentes terapias.

2 - El tamaño de la muestra pudo haber sido un factor para que estadísticamente la correlación no fuera significativa además se piensa que hubo contaminación en la práctica de la investigación al hacer la evaluación de las actitudes de los pacientes y al evaluar el comportamiento por parte del personal.

3 - La evaluación de las actitudes pudo sucitarse un estado incongruente actitudinal al pedirle datos personales como nombre al principio de la prueba y al evaluar el comportamiento de los pacientes el personal

pudo sentir temor de verse comprometido con las autoridades del Centro y con los mismos pacientes, pues en la práctica continúan los problemas de conducta y falta de colaboración.

B - Recomendaciones

1 - Las inferencias a que se llegó en este estudio se consideran válidas para la muestra explorada por lo que sería conveniente que se realizara otro estudio que involucre un número mayor de sujetos a fin de poder establecer generalizaciones que sirvan de base en los programas de rehabilitación.

2 - En otro estudio similar hacer la evaluación de las actitudes procurando indentificación a los sujetos en el proceso de administración de la prueba:

3 - Sugerir a las autoridades responsables de los programas de rehabilitación hacer investigaciones relacionadas con la motivación de los pacientes hacia la rehabilitación, y con las actitudes del personal hacia los pacientes.

4 - Que el Departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador cumpliendo con los objetivos de proyección e investigación, planifique prácticas a sus alumnos en los servicios de rehabilitación de paraplégicos a fin de motivarlos y en el futuro se realicen más investigaciones en el campo de la rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anastasi, A. Test Psicológicos.
México: Editorial Aguilar 1971.
2. Angera Domenjo, M.B. El Lesionado Medular Traumático.
Problemas Psicológicos y Tratamientos.
México: Editorial Trillas, 1980.
3. Martín Baró, I Acción e Ideología, Psicología Social desde Centroamérica.
San Salvador, El Salvador: UCA Editores, 2ª E. 1985.
4. Bustamante, J. A. Psiquiatría, vol. 1,
La Habana 1975.
5. Chusid, J. G. Neuroanatomía Correlativa y Neurología Funcional.
México: Editorial El Manual Moderno S.A. 1980.
6. Donie, N. M. y Heath, R Métodos Estadísticos Aplicados.
México: Editorial Harla 1973.
7. Esteve, R. y Otal, A. Rehabilitación Ortopedia y Traumatología.
Barcelona: Editorial Jims, 1966.
8. Hale, G. Manual para Minusválidos.
Madrid: Editorial H. Blum, 1980.

9. Jornet, A. Masaje y Ejercicios de Recuperación, para Afecciones Médicas y Quirúrgicas.
Barcelona: Editorial Jims, 1970.
10. Krusen, F.H. y otros. Medicina Física y Rehabilitación.
Barcelona: Editorial Salvat, 1974.
11. Lindeman, K. y otros. Tratado de Rehabilitación.
Barcelona: Vol. 1 Editorial Salvat, 1974.
12. Padua, J. Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales.
México: Fondo de Cultura Económica
1979.
13. Porot, A. Diccionario de Psiquiatría Clínica y Terapéutica, Vol. 1.
Barcelona: Editorial Labor, 1977.
14. Salazar; F.M. y otros. Psicología Social
México : Editorial Trillas, 1982
15. Sanches de Tinetti, N .(1982) La Rehabilitación en El Salvador. Análisis y Perspectiva.
El Salvador, Primer Seminario, 1982.
16. Schmidt Camelo, E.A. El Parapléjico, su Psicología y Rehabilitación.
Tesis para: obtener grado de Maestría en Psicología.
Universidad de México, 1963.

17. Siegel, S.

Estadísticas no Paramétrica Aplicada a las
Ciencias de la Conducta.

México: Editorial Trillas, 1972.

18. Thorndike, R. y Hogan, E. Test y Técnica de Medición en Psicología
y Educación.

México: Editorial Trillas 1970.

ANEXOS

- Anexo A. Entrevista preliminar con personal y pacientes
- Anexo B. Escala de Evaluación de Actitudes
- Anexo C. Validación y fiabilidad de la Escala de Actitudes
- Anexo D. Escala de Evaluación del Comportamiento
- Anexo E. Fiabilidad de la Escala de Evaluación del Comportamiento
- Anexo F. Resultados de Correlación entre actitudes y Comportamiento

ANEXO A

ENTREVISTAS PRELIMINARES CON PACIENTES Y PERSONAL TECNICO.

E. ENTREVISTA PRELIMINAR SOBRE COMPORTAMIENTO DE PACIENTES. PARAPLEJICOS.

Con objeto de tener una información preliminar directa, acerca de los problemas que intervienen en el proceso de rehabilitación, se entrevistó a pacientes y personal técnico de la Unidad Primero de Mayo del Centro del Aparato Locomotor, mediante una consulta informal y se observó lo siguiente:

I. Entrevista con los Pacientes.

De la entrevista con los pacientes se concluyó que la mayoría de ellos estaban de acuerdo con lo siguiente:

- a) Predilección del paciente por la compañía de otras personas parapléjicas igual que ellos.
- b) Preferencia por parte del paciente de permanecer institucionalizado.
- c) Desconfianza sobre la fidelidad de la esposa o compañera de vida.
- d) Preocupación por el futuro con relación a la situación económica.
- e) Se muestran ofendidos porque les tengan lástima.
- f) Se muestran ofendidos porque se les llame parapléjicos.

Estas manifestaciones del parapléjico las podríamos relacionar con el comportamiento descrito por Schmidt Camelo (1966) como dependencia, inseguridad, sentimientos de minusvalía, no aceptación de su imagen corporal alterada, inseguridad, susceptibilidad, comportamiento poco colaborador.

2. Entrevista con el Personal Técnico.

De la entrevista con el personal técnico se obtuvo la siguiente información:

- a) Ausentismo al tratamiento sin justificación.
- b) Agresividad hacia el personal.
- c) Agresividad hacia los miembros o compañeros parapléjicos.
- d) Inasistencia a los tratamientos por problemas de salud como escaras o infecciones de vías urinarias.
- e) Conducta inaceptable, como consumo de drogas y alcohol.
- f) Desinterés del paciente hacia las actividades programadas para su rehabilitación.

CUESTIONARIO DE ACTITUDES

Nombre _____ Edad _____
 Escolaridad _____ Estado Cívil _____

Voy hacerle una serie de preguntas relacionadas con su manera de opinar respecto al proceso de su rehabilitación, se le pide completa sinceridad, pues tiene como objetivo conocer como un paciente con su forma de limitación física piensa, siente ó actúa.

La forma de contestar a cada pregunta tiene 5 posibilidades así:

Muy de acuerdo MA

De acuerdo DA

Indiferente I

En desacuerdo ED

Muy en desacuerdo MD.

1 - Me desagrada que me llamen parapléjico.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

2 - Siento que mi familia me quiere igual que antes.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

3 - Deseo que el personal que me atiende sea más amable.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD

4 - Me desagrada que las personas se me queden mirando las piernas.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

5 - Mi familia se avergüenza de mí.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

6 - Me desagrada visitar mi casa por reducida e incomoda para realizar mis actividades de deambulación.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

7 - Me desagrada que me hagan preguntas relacionadas con mi parálisis.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

8 - Por que estoy parapléjico siento que mi familia me aísla.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

9 - Asistiría de bien agrado a mis terapias si el personal tratara mejor a los pacientes.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

10 - Si viviera cerca de esta ciudad fuera con frecuencia a mi casa.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

11 - No tengo la base económica para hacer las adaptaciones que necesito en mi casa, por lo que me decepciono.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

12 - Desde que estoy parapléjico, siento que mis amigos me aprecian menos.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

13 - Me he alejado de mi familia para que no vea mi sufrimiento.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

14 - Mis condiciones económicas limitadas no me permiten obtener todo lo necesario para mi rehabilitación, por lo que me bajan las fuerzas de moral.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

15 - Siempre cumpla las indicaciones que recibo de las enfermeras.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

16 - A menudo me disgusta con mis compañeros por que estoy de mal humor.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

17 - La carencia de recursos económicos me impulsan a buscar solución, solicitando ayuda de quien pueda dármela.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

18 - Así como estoy lograré triunfar en el sentido de ser una persona útil.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

19 - Me sentiría contento si mi situación económica fuera diferente.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

20 - Se que mi rehabilitación, depende del esfuerzo que haga, pero no siento el deseo de esforzarme.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

21 - Me es difícil relacionarme con mi familia por que no me siento bien junto a ellos.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

22 - En el servicio de rehabilitación me llevo bien con todos los compañeros.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

23 - Ya he empezado a planificar que haré cuando salga de este centro.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

24 - Me ha alejado de mi familia por que desde que estoy parapléjico sólo paso discutiendo.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

25 - La compañía de otros parapléjicos, en el servicio me ayuda a olvidarme de mis problemas.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

26 - Tengo conocimiento de como hacer las adaptaciones que necesito en mi hogar para sentirme comodo.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

27 - Por el aspecto que tengo creo que ninguna mujer se puede acercar a mi.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

28 - Ahora que estoy parapléjico pongo en duda el amor que mi familia me tiene.

(1) MA (2) DA (3) I (4) ED (5) MD.

29 - Me será difícil proveerme de otra silla de ruedas si se me arruinara la que tengo y no conozco los medios para proveerme de otra.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

30 - Cuando voy a mi casa me dá temor salir sólo.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

31 - Tengo conocimiento que mi problema sexual puede ser superado.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

32 - Cuando visito mi casa realizo todas mis actividades que estan en mis posibilidades.

(5) MA (4) DA (3) I (2) ED (1) MD.

33 - Siempre respeto el reglamento de la institución.

(5) M A (4) D A (3) I (2) E D (1) M D.

34 - Las dificultades sexuales es lo que más me preocupa de todos mis problemas.

(1) M A (2) D A (3) I (4) E D (5) M D.

35 - Me desagrada estar ingresado en éste centro por que me siento aburrido.

(1) M A (2) D A (3) I (4) E D (5) M D.

36 - Siempre que es oportuno le explico a mi familia las actividades que puedo realizar.

(5) M A (4) D A (3) I (2) E D (1) M D.

37 - Me sentiría mejor si existiera a mi rehabilitación como paciente externo.

(5) M A (4) D A (3) I (2) E D (1) M D.

38 - Me desagrada que las personas me vean mal presentado por lo que busco la manera de lucir bien aunque sea humildemente.

(5) M A (4) D A (3) I (2) E D (1) M D.

39 - Esta institución debería tener mejor equipo a fin de lograr una mejor rehabilitación.

(1) M A (2) D A (3) I (4) E D (5) M D.

40 - Me llevo bien con todos los compañeros en el servicio de paraplégicos.

(5) M A (4) D A (3) I (2) E D (1) M D.

VALIDACION DE LA ESCALA DE ACTITUDES

A la escala se le realizó una validación de la capacidad de discriminación; o sea, con qué efectividad cada ítem integrante de la escala exploraba cada aspecto objeto de estudio de las actitudes de los sujetos parapléjicos.

Procedimiento.

- 1º Administración de la Escala de Actitudes a una muestra de 8 sujetos parapléjicos, con las mismas características de la población objeto de la investigación.
- 2º Calificación de resultados y clasificación en orden descendente de puntajes, para realizar la dicotomización de la tabla 2x2; o sea, que a los puntajes obtenidos por los 8 sujetos en la escala administrada se les obtuvo la mediana, quedando divididos en grupo alto y grupo bajo, igual se obtuvo la mediana para cada ítem, quedando ubicados los puntajes de la siguiente manera: de 0 a 2.5, bajo la mediana y sobre la mediana a los puntajes de 2.6 a 5, relacionándose así el valor total del test con el valor de cada ítem.

Ejemplo de dicotomización de puntajes para el ítem número 1.

Número de puntajes por encima de la mediana combinada de cada ítem.

Número de puntajes por debajo de la mediana combinada por debajo de cada ítem.

Grupo Alto	Grupo Bajo
<div style="text-align: right;">A</div> IIII	<div style="text-align: right;">B</div> IIII
<div style="text-align: right;">C</div> IIII	<div style="text-align: right;">D</div> IIII

$$P = \frac{(A+B)! (C+D)! (A+C)! (B+D)!}{!N! A! B! C! D!}$$

$$P = \frac{(\cancel{4})! (\cancel{4})! (4)! (4)!}{8! \cancel{4}! 0! 0! \cancel{4}!}$$

$$P = \frac{4! 4!}{8 (7 \times 6 \times 5 \times 4)}$$

$$P = \frac{4 \times 3 \times 2 \times 1}{8 \times 7 \times 6 \times 5}$$

$$P = \frac{24}{1680}$$

$$P = 0.014$$

De acuerdo al nivel de significación del 0.05% todos los ítems que sobrepasaron dicho límite fueron eliminados.

Resultado de validación de ítems de Escala de Evaluación de Actitudes.

Item Nº	Valor obtenido	Valor límite	Clasificación	
1	0.014	0.05	Válido	
2	0.014	0.05	Válido	
3	0.014	0.05	Válido	
4	0.014	0.05	Válido	Se eliminó
5	0.00071	0.05	Válido	
6	0.014	0.05	Válido	
7	0.014	0.05	Válido	Se eliminó
8	0.014	0.05	Válido	
9	0.014	0.05	Válido	
10	0.014	0.05	Válido	
11	0.014	0.05	Válido	
12	0.014	0.05	Válido	
13	0.089	0.05		No válido
14	0.02	0.05	Válido	Se eliminó
15	0.014	0.05	Válido	
16	0.014	0.05	Válido	
17	0.014	0.05	Válido	
18	0.014	0.05	Válido	
19	0.014	0.05	Válido	
20	0.5	0.05		No válido
21	0.51	0.05		No válido
22	0.014	0.05	Válido	
23	0.014	0.05	Válido	
24	0.014	0.05	Válido	

Continuación resultados de validación de ítems.

Item Nº	Valor obtenido	Valor límite		Clasificación
25	0.50	0.05		No válido
26	0.21	0.05		No válido
27	0.014	0.05	Válido	
28	0.014	0.05	Válido	
29	0.014	0.05	Válido	
30	0.014	0.05	Válido	
31	0.51	0.05	Válido	No válido
32	0.014	0.05	Válido	
33	0.014	0.05	Válido	
34	0.014	0.05	Válido	
35	0.014	0.05	Válido	
36	0.42	0.05		No válido
37	0.42	0.05		No válido
38	0.51	0.05		No válido
39	0.014	0.05	Válido	Se elimina
40	0.014	0.05	Válido	
41	0.014	0.05	Válido	
42	0.10	0.05		No válido
43	0.14	0.05	Válido	
44	0.5	0.05		No válido
45	0.014	0.05	Válido	
46	0.21	0.05		No válido
47	0.014	0.05	Válido	
48	0.014	0.05	Válido	

Continuación resultados de validación de ítems.

Item Nº	Valor obtenido	Valor límite	Clasificación	
49	0.014	0.05	Válido	
50	0.014	0.05	Válido	Se eliminó
51	0.014	0.05	Válido	
52	0.014	0.05	Válido	
53	0.014	0.05	Válido	
54	0.014	0.05	Válido	
55	0.42	0.05		No válido
56	0.014	0.05	Válido	Se eliminó
57	0.21	0.05		No válido
58	0.014	0.05	Válido	
59	0.014	0.05	Válido	
60	0.014	0.05	Válido	

Resultados de la Confiabilidad de la Escla de Actitudes

	X	Y	Rx	Ry	di	(di) ²
1	118	115	1	1	0	0
2	105	105	2	2	0	0
3	97	103	3	3	0	0
4	91	91	4	4	0	0
5	86	75	5	5	0	0
6	79	68	6	6	0	0
7	83	67	7	7.5	0.5	0.25
8	69	67	8	7.5	0.5	0.25
						0.50

N = 8

$$P = 1 - \frac{6 \sum (di)^2}{N^3 - N} = 1 - \frac{6 \sum (0.50)}{8^3 - 8} = 1 - \frac{3}{512-8}$$

$$P = 1 - \frac{3}{504} = 1 - 0.006 = 0.994 \quad \underline{\underline{0.99}}$$

Procedimiento de fiabilidad de la Escala de Evaluación del Comportamiento.

Nº	A	B	X	X	di	di ²
1 -	58.82	56.85	1	1	0	0
2 -	45.12	46.05	3	3	0	0
3 -	41.48	40.04	4	5	1	1
4 -	39.60	41.90	5	4	1	1
5 -	45.30	49.31	2	2	0	0
6 -	30.67	36.35	6	6	0	0
7 -	21.30	23.60	8	8	0	0
8 -	28.33	27.10	7	7	0	0
						<u>2</u>

Nº 8

$$P = 1 - \frac{6 \sum (di)^2}{N^3 - N}$$

$$P = 1 - \frac{6 \sum (2)^2}{83-8}$$

$$P = 1 - \frac{12}{512-8}$$

$$P = 1 - \frac{12}{504}$$

$$P = 1 - 0.024$$

$$P = 0.976 \quad 0.98$$