

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE RESIGNIFICACIÓN
DE CREENCIAS Y ACTITUDES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y
FAMILIARES/CUIDADORES USUARIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE SANTANDER

LAURA MARCELA BENITEZ LOZANO

CAROLINA MUÑOZ PINTO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FLORIDABLANCA

2009

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE RESIGNIFICACIÓN
DE CREENCIAS Y ACTITUDES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y
FAMILIARES/CUIDADORES USUARIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE SANTANDER

LAURA MARCELA BENITEZ LOZANO

CAROLINA MUÑOZ PINTO

Trabajo de grado para optar al título de psicólogas.

DIRECTOR DE PROYECTO DE GRADO

PS. LUIS ARGENIS OSORIO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCULA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FLORIDABLANCA

2009

CONTENIDO

RESUMEN

1. INTRODUCCION	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2.1 Formulación del Problema	14
3. JUSTIFICACION	15
4. OBJETIVOS	20
4.1 Objetivo General	20
4.2 Objetivos Específicos	20
5. MARCO TEORICO	21
5.1 La Discapacidad	21
5.2 Clasificación	22
5.3 Reseña Histórica de la Discapacidad	24
5.4 Mitos y Creencias Entorno a la Discapacidad	25
5.5 Actitudes	27
5.5.1 Componente Cognoscitivo	27
5.5.2 Componente Afectivo	28
5.5.3 Componente Conductual	28
5.6 Datos Estadísticos	31
5.7 Evaluación	33
5.7.1 Pruebas que Miden la Funcionalidad	33
5.7.2 Pruebas Psicológicas	34
5.8 Intervención	37
5.9 Investigaciones	43
6. METODO	48
6.1 Diseño	48
6.2 Sujetos	48
6.3 Instrumentos	49
6.3.1 Mini – Mental (MMSE)	49

6.3.2 Escala de Valoración de Términos Asociados con la Discapacidad (EVT)	50
6.3.3 Inventario de Ideas Irracionales (IBT)	50
6.3.4 Índice de Barthel	51
6.3.5 Cuestionario De Actividad Funcional de Pfeffer (FAQ)	52
6.4 PROCEDIMIENTO	52
6.4.1 Selección de la muestra	52
6.4.2 Diseño y Selección de instrumentos	52
6.4.3 Aplicación de instrumentos	53
6.4.4 Diseño de programa de intervención	53
6.4.5 Implementación de programa	54
6.4.6 Evaluación Post-test	54
6.4.7 Análisis de Datos	54
7. RESULTADOS	55
7.1 INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES (IBT)	55
7.2 ESCALA DE VALORACION DE TERMINOS (EVT)	67
7.2.1 EVT Participantes	67
7.2.2 EVT Familiares	75
7.3 INDICE DE BARTHEL	83
7.4 CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FUNCIONAL DE PFEFFER (FAQ)	87
8. DISCUSION	91
9. CONCLUSIONES	102
10. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	103
REFERENCIAS	105
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Puntajes promedios IBT pre test y post test de los participantes
- Tabla 2. Puntajes pre test y post test de la idea normatividad
- Tabla 3. Puntajes pre test y post test de la idea necesidad de aprobación
- Tabla 4. Puntajes pre test y post test de la idea territorialidad
- Tabla 5. Puntajes pre test y post test de la idea Auto-exigencia
- Tabla 6. Puntajes pre test y post test de la idea Dependencia – Apego
- Tabla 7. Puntajes promedios EVT Pre test y post test de los participantes
- Tabla 8. Puntajes pre test y post test del término retrasado
- Tabla 9. Puntajes pre test y post test del término trastornado
- Tabla 10. Puntajes pre test y post test del término Discapacitado
- Tabla 11. Puntajes pre test y post test del término Incapacitado
- Tabla 12. Puntajes pre test y post test del término Desvalido
- Tabla 13. Puntaje promedios de EVT pre test y post test de los familiares
- Tabla 14. Puntajes pre test y post test del término marginado
- Tabla 15. Puntajes pre test y post test del término trastornado
- Tabla 16. Puntajes pre test y post test del término enfermo
- Tabla 17. Puntajes pre test y post test del término Incapacitado
- Tabla 18. Puntajes pre test y post test del término Impedido
- Tabla 19. Puntajes promedio por ítems Índice de Barthel pre test y post test de los participante
- Tabla 20. Puntajes directos por sujetos Índice de Barthel pre test y post test
- Tabla 21. FAQ Pre test y post test de los familiares
- Tabla 22. Puntajes directos por sujetos FAQ Pre test y post test

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Formulario de Consentimiento Informado

ANEXO 2. Protocolo de Recogida de Información

ANEXO 3. Examen Mini-mental (MMSE)

ANEXO 4. Inventario de Ideas Irracionales (IBT)

ANEXO 5. Escala de Valoración de Términos (EVT)

ANEXO 6. Índice de Barthel

ANEXO 7. Cuestionario De Actividad Funcional De Pfeffer (FAQ)

ANEXO 8. Programa de Resignificación de Creencias y Actitudes en Personas Discapacitadas y Familiares/Cuidadores Vinculados al HUS

ANEXO 9. Registros Fotográficos

FORMATO DE RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

R E S U M E N

Titulo: Evaluación del Impacto de un Programa de Resignificación de Creencias y Actitudes en Personas con Discapacidad y Familiares/Cuidadores Usuarios del Hospital Universitario De Santander E.S.E

Autores: Laura Marcela Benitez
Carolina Muñoz Pinto

Facultad: Psicología

Director: Luis Argenis Osorio

El objetivo de esta investigación fue evaluar un programa de resignificación de creencias y actitudes en personas discapacitadas, familiares/cuidadores usuarios del Hospital Universitario de Santander. Se utilizó un diseño pre-experimental de tipo pre-test/post-test. La muestra estuvo conformada por 30 personas (16 en situación de discapacidad física y 14 familiares); utilizando cinco instrumentos: Examen Mini mental MMSE, Inventario de Ideas Irracionales IBT, Escala de Valoración de Términos EVT y Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer FAQ. El programa constó de seis sesiones enmarcadas en la terapia cognitiva, con el fin de modificar las distorsiones cognitivas e ideas irracionales presentes en los participantes. Los resultados arrojaron diferencias significativas al comparar las evaluaciones Pre-test y Post-test de cada una de las pruebas, lo cual muestra la efectividad de la intervención en la muestra específica de la investigación.

Palabras claves: Discapacidad, Creencias, Actitudes, Distorsiones Cognitivas, Ideas Irracionales

FORMATO DE RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

ABSTRACT

Titulo: Evaluación del Impacto de un Programa de Resignificación de Creencias y Actitudes en Personas con Discapacidad y Familiares/Cuidadores Usuarios del Hospital Universitario De Santander E.S.E

Autores: Laura Marcela Benitez
Carolina Muñoz Pinto

Facultad: Psicología

Director: Luis Argenis Osorio

The objective of this research was to assess a program of resignification beliefs, imaginary and attitudes in people with disabilities, family/carers users of Hospital Universitario de Santander. It was used a design quasi-experimental type pre-test/post-test. The sample was composed of 30 people (16 in situation of physical disability and 14 relatives). Five instruments were used: Review Mini mental MMSE, Inventory of Irrational ideas, Rating Scale of Terms EVT, Barthel Index and a Pfeffer Questionnaire of Functional Activity FAQ. The program consisted of six sessions framed in cognitive behavioral therapy, in order to modify the cognitive distortions and irrational ideas present in the participants. The results showed significant differences when comparing the reviews Pre-test and Post-test of each one of the tests, which shows the effectiveness of intervention.

Palabras claves: Disability, Beliefs, Attitudes, Cognitive Distortions, Irrational Ideas

1. INTRODUCCION

En los últimos años el problema de la Discapacidad en Colombia ha venido aumentando de forma progresiva, como resultado de enfermedades discapacitantes (crónicas o de tipo terminal), factores tales como la situación de conflicto y violencia que afronta el país, el alto índice de accidentalidad, el mal manejo de objetos combustibles, accidentes de tipo laboral, entre otras. Solo hasta ahora, en vista del aumento de dicha población el Gobierno Nacional se encuentra desarrollando políticas públicas que beneficien a las personas en condición de discapacidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio se dirige a hacer un aporte desde la disciplina Psicológica, a un área de gran relevancia pero poco trabajada desde el campo investigativo como lo es la discapacidad. La presente investigación tiene como objetivo evaluar un programa de resignificación de creencias y actitudes en personas discapacitadas, familiares/cuidadores usuarios del Hospital Universitario de Santander (HUS). Para esto se hará en primer lugar una presentación de la teoría que sustenta el estudio en donde se incluyen apartados como el concepto de discapacidad, su clasificación, una breve reseña histórica, los mitos y creencias entorno a ella, así como también las actitudes y sus componentes. De igual forma, se enunciarán algunas investigaciones realizadas a nivel mundial, nacional y local.

Posteriormente se abordará el aspecto metodológico de la investigación en donde se puede destacar que ésta se desarrolló con un grupo total de 30 personas (16 en situación de discapacidad y 14 familiares), las cuales habitan tanto en el área urbana como rural del departamento de Santander y reciben el servicio de consulta externa en el HUS. Como criterio de inclusión a la muestra se aplicó el Examen Mini

Mental MMSE (Folstein, Folstein y Mchugh, 1975), el cual ha sido revisado en Colombia por Orozco, Vera y Bautista (1999) y cuya finalidad es evaluar el estado mental de los participantes; los instrumentos principales utilizados en la investigación se han clasificado en dos categorías a saber: Psicológicas y de Funcionalidad.

Las pruebas psicológicas aplicadas fueron: El Inventario de Ideas Irracionales IBT (Ellis, 1962), el cual fue adaptado al español y a la población colombiana por (Riso, 1988 citado por Mariño en 2003) y baremado para Colombia por Agudelo y Gómez (1998), esta prueba identifica las ideas irracionales que pueden estar presentes en los individuos; y la Escala de Valoración de Términos EVT (Aguado y Alcedo, 1999) que tiene como fin valorar la terminología empleada para hacer referencia a las personas en situación de discapacidad; y las pruebas de funcionalidad utilizadas fueron: El Índice de Barthel (1955) es una escala de medición del nivel de independencia en actividades de la vida diaria, y el Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer FAQ (Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance y Filos, 1982) es una medida basada en los informantes (familiares/cuidadores) que evalúan el grado de independencia-dependencia del sujeto; estos instrumentos se aplicaron al inicio (pre test) y al final (post test) de la investigación.

A partir de los resultados arrojados por la batería de pruebas en el pre-test, se desarrolló un programa de intervención que constó de seis sesiones en donde se enfatizó la modificación de creencias distorsionadas sobre discapacidad.

Para evaluar el impacto del programa se realizó una comparación de los datos obtenidos en pre-test y post-test teniendo en cuenta la estadística descriptiva e inferencial con el programa SPSS. Finalmente se presentarán la discusión, conclusiones y sugerencias del estudio.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de discapacidad no es una enfermedad o atributo de la persona, es una condición que incluye elementos que se relacionan con la presencia de prácticas, factores sociales y culturales negativos que limitan la integración social del individuo, afectan el reconocimiento, el desarrollo de las capacidades y funcionalidades como individuos pertenecientes a la sociedad. Se ha afirmado que “La discapacidad actúa como un elemento desestabilizador de la dinámica familiar, produce un gran impacto psicológico y bloqueo emocional”. (Chiappello y Sigal 2006, p 8)

De acuerdo con lo anterior se pueden desencadenar dos reacciones en la familia frente a la nueva situación, las cuales se pueden ver influenciadas por estereotipos culturales: a) la unión familiar, la cual es más favorable para el proceso de asimilación y rehabilitación de la persona discapacitada; b) desintegración, que genera en el discapacitado sentimientos de culpabilidad y minusvalía que interfieren en el proceso de adaptación a la nueva situación. Esto desmiente la creencia errónea que el único que sufre es el discapacitado, la familia se encuentra en una crisis al ver a su familiar en esa situación. Por esta razón, es importante la inclusión de ésta en el tratamiento.

Según un estudio realizado por la Organización de las Naciones Unidas (2008) existen actualmente en el mundo 650 millones de personas en situación de discapacidad. Así mismo revela que al incluir a los miembros de la familia por estar directamente afectadas por la discapacidad el número aumentaría a 2.000 millones, lo que equivaldría a un tercio de la población mundial.

En Colombia, de acuerdo con el Censo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2005) por cada 100 colombianos, 6.3 tiene una limitación permanente. De acuerdo con la información recopilada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2009), Colombia está ubicada entre uno de los países con mayor número de personas en situación de discapacidad en América Latina y el Caribe.

Entre los departamentos con mayor prevalencia de discapacidad se encuentran Cauca, Nariño, Boyacá, Huila, Quindío, Tolima y Putumayo. Así mismo, el mayor porcentaje de personas en situación de discapacidad en el país son los adultos, en su mayoría hombres. En el departamento de Santander la población total es de 2.057.789, de los cuales 137.872 que equivale al 6.7% presentan alguna limitación permanente (DANE, 2005).

Complementando lo anterior, el Ministerio de la Protección Social en asociación con Colciencias encontraron que la prevalencia de la discapacidad en la región oriental es de 7,3% (8,3% promedio nacional) quienes se encuentran en un rango de edad entre los 18 y los 69 años (Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia, 2007).

En el caso específico de la presente investigación, una de las entidades que mayor número de discapacitados recepciona es la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Universitario de Santander (HUS) que brinda atención de rehabilitación para víctimas de minas antipersonal, o que sufren algún tipo de discapacidad generada por la violencia. En el año 2006 y durante el primer semestre de 2007, el hospital realizó 2.201 procedimientos que requirieron de prótesis y otros aparatos ortopédicos (Embajada Japón, 2008). De igual forma se han tratado 196 casos de Enfermedad de Hansen (Lepra) en el departamento de los cuales 30 presentan

discapacidad producto de esta enfermedad (Observatorio Salud Pública de Santander, 2008).

El HUS presta servicios de salud principalmente a la población de escasos recursos económicos del Departamento de Santander, así mismo receptiona gran número de pacientes procedentes de las zonas rurales quienes son remitidos desde los hospitales de los municipios cercanos, condición que dificulta la adherencia y cumplimiento al tratamiento debido a problemas de tipo económico, de transporte, dificultades para la movilización, entre otros (Linares, 2008).

Es importante afirmar que los trabajadores de la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Universitario de Santander perciben al discapacitado como un paciente que presenta una sintomatología específica y por lo tanto la intervención se centra en el modelo médico, el cual ve la discapacidad como “un comportamiento anormal del individuo” (Céspedes, 2005, p 109). Esta percepción influye en el comportamiento del paciente pues la persona tiende a asumir y aceptar un rol de enfermo reforzando así las ideas irracionales, creencias y las actitudes negativas que el individuo presenta al momento de informarlo de su condición como discapacitado.

Dado que el fenómeno de la discapacidad ha aumentado notablemente en los últimos años, existe un interés por parte de las entidades del área de la salud, en este caso del Hospital Universitario de Santander en aportar investigaciones que permitan conocer más a fondo dicha problemática, abordándola desde las diferentes disciplinas, enfatizando en el área de intervención Psicológica. Por último, lo anterior promovió la realización de un acuerdo entre el Hospital Universitario de Santander HUS desde la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander UIS y la Universidad Pontificia Bolivariana UPB con el fin de desarrollar un programa piloto desde la Psicología en un grupo de personas con discapacidad.

2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿La implementación de un programa de intervención Psicológica modificará las creencias y actitudes en personas con discapacidad y sus familiares/cuidadores usuarios del Hospital Universitario Santander E.S.E?

3. JUSTIFICACION

La discapacidad no solo afecta la vida de las personas que presentan esta condición; sino también la de sus familiares, puesto que factores como la dependencia producto de la limitación, la alteración del estado de salud y la modificación de roles genera cambios. Así mismo, el discapacitado se percibe negativamente, lo que ocasiona ansiedad y depresión (Moreno, M; Rodríguez, M; Gutiérrez, M; Ramírez, L y Barrera, O, 2006). Se afirma que “las personas con limitaciones en la capacidad física se ven a sí mismos como incapaces, inútiles o un estorbo para sus familiares” (Veyret, 2000, p 2).

“El 10% de los habitantes del planeta viven con alguna discapacidad y el porcentaje aumenta debido al envejecimiento de la población y al incremento de las expectativas de vida” (Centro de Noticias ONU, 2006), lo que permite percibir que la intervención con personas discapacitadas no es un tema aislado sino que debe ser visto como una prioridad.

Lo anterior ha hecho que se hayan desarrollado investigaciones dirigidas al trabajo en actitudes hacia la discapacidad. Por ejemplo, en el entorno anglosajón, bajo el enfoque de la psicología comunitaria y la filosofía de la normalización, surge el interés por la modificación de actitudes hacia las personas con discapacidad; es así que se desarrolló una investigación que tenía como objetivo la implementación de un programa de cambio de actitudes con población escolar a la cual se les aplicó Escala de Valoración de Términos Asociados con la Discapacidad EVT (Aguado y Alcedo 1999); en dos grupos control y experimental; encontrándose que el tratamiento fue altamente eficaz y se mantienen en el tiempo; así mismo se evidenció en el grupo experimental un cambio positivo en la valoración de términos referentes a personas

con discapacidad y por lo tanto en las actitudes hacia ellas en dicha población. Con respecto a la prueba, los investigadores concluyeron que términos como “trastornado”, “enfermo” e “inadaptado” son neutros, pues aunque existe un cambio en su valoración no se puede afirmar que este se deba a la intervención. El término “excepcional” presenta cambios significativos, pero tiende a confundir a las personas puesto que se puede valorar de manera positiva o negativa. Por lo tanto sugieren que este término sea eliminado (Aguado, Flórez y Alcedo, 2004).

En Colombia, la preocupación en torno a la discapacidad se ha visto reflejada en el marco legal que protege a esta población: La Ley 100 de 1993 (Sistema de Seguridad Social); la Ley 115 de 1994 (Ley General de Educación); la Ley 361 de 1997 (Integración Social para Limitados); la Ley 582 del 2000 (Recreación y Deporte); la Ley 762 de 2002, desaprobando la “Discriminación contra las personas con Discapacidad”, y los decretos reglamentarios de cada una de éstas. A pesar de las leyes mencionadas y las políticas expresadas en el Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad y en el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006, el estudio de necesidades, oferta y demanda de servicios de rehabilitación realizado por la Fundación Saldarriaga Concha, con el respaldo del Ministerio de Protección Social y la Vicepresidencia de la República, en el 2003, muestran que a pesar de que existe oferta de servicios de rehabilitación, el acceso de las personas con discapacidad a éstos es muy limitado debido a barreras físicas y económicas.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Política Económica y Social de la República de Colombia- Departamento Nacional de Planeación, “el diagnóstico con respecto a la discapacidad permite apreciar, cinco tipos de dificultades: (i) limitaciones en los sistemas de información, registro, vigilancia, evaluación y seguimiento de los riesgos y de la condición de discapacidad, (ii) desconocimiento de

las características, suficiencia y eficacia de los mecanismos existentes para la prevención, mitigación y superación de la materialización del riesgo, a nivel individual y familiar, (iii) falta de articulación de competencias, estrategias y programas entre los diferentes sectores y niveles territoriales del Estado, y de éstos con las organizaciones de la sociedad civil, (iv) limitada capacidad de la comunidad y de la sociedad para hacer objetiva la percepción de que los riesgos no sólo afectan a los individuos en particular, sino que además tienen implicaciones económicas y sociales como colectivo, lo cual exige corresponsabilidad en el manejo de los problemas, y (v) en materia de empleo, más que el diseño de una política para la integración laboral de las personas con discapacidad, se trata de conjugar los elementos que permitan armonizar la política de empleo del país con el fin de garantizar el acceso a las oportunidades laborales en igualdad de condiciones para esta población” (Departamento Nacional de Planeación, 2004, p 6-7).

En Bucaramanga instituciones como la “Fundación Unicornio” ha venido desarrollando campañas tales como “*BUCARAMANGA ACCESIBLE*” la cual busca que las personas en situación de discapacidad puedan movilizarse y tener acceso a empleos dignos haciendo de la ciudad más justa y solidaria, donde las personas sean respetadas y apreciadas; otra campaña que viene desarrollando esta Fundación en convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana UPB se denomina “*ROMPIENDO BARRERAS*”, la cual tiene como objetivo comprometer a los profesionales en la búsqueda de una ciudad inclusiva, por este programa la Universidad fue premiada por el Ministerio de Educación como Universidad Inclusiva en el 2007.

Actualmente existen varias investigaciones locales que permiten sustentar la labor que se ha venido adelantando en lo que a discapacidad se refiere. Acevedo y

Peñaloza (2005) adelantaron un estudio sobre el impacto de un programa de reestructuración cognitiva en el nivel de autoestima, comportamientos depresivos e ideas irracionales en personas con limitación física de tipo neuro-motor de la zona de Girón y Bucaramanga, cuyo objetivo fue determinar el impacto de dicha intervención. En general, se obtuvo un buen resultado debido a que en la intervención se logró cambiar la forma de pensar, sentir y actuar, manejando los pensamientos negativos y aceptando su condición de limitación para así poder superar los retos que se presentan en el día a día.

Así mismo, Morón (2005) desarrolló una investigación con militares sobrevivientes de minas antipersonal y artefactos explosivos, encontrando que estos individuos evidencian problemas relacionados con la estima, ansiedad por la condición de enfermedad actual, depresión, ideas suicidas, entre otros. Por lo que plantea para ellos, una intervención cognitivo conductual para disminuir los niveles de ansiedad y de depresión. Los datos arrojados por el estudio evidenciaron que los sujetos disminuyeron a nivel significativo los niveles de ansiedad y depresión. (Del 100% de los participantes, el 81% disminuyó su nivel de depresión a leve o a ninguno en la post-prueba. En cuanto a la ansiedad se logró un efecto positivo en ellos al disminuir sus niveles en un 62% al final de las sesiones y posicionar los participantes que aun quedaban con algún grado de ansiedad, solamente en el nivel de ansiedad leve).

Otra investigación que surge de lo planteado por Morón, es la realizada por Cortes (2007), quien implementó una intervención psicológica en el proyecto de vida, autoestima y depresión dirigido a militares sobrevivientes de minas anti-persona y artefactos explosivos de la ciudad de Bucaramanga; encontrándose que

después de la intervención los niveles de depresión y autoestima eran relativamente normales, presentándose un cambio positivo en el proyecto de vida.

Como se puede notar la intervención Psicológica, ha mostrado impactos positivos en las diferentes áreas de desempeño del discapacitado; sin embargo, principalmente en el contexto local, el trabajo con el discapacitado se ha dirigido principalmente al aspecto físico dejando en un plano secundario lo referente a lo Psicológico. También es importante anotar que la investigación es todavía limitada, especialmente las que involucren al familiar como parte central del proceso de intervención; es por esto que la presente investigación, se dirige a evaluar el impacto de un programa de resignificación de creencias y actitudes que se tienen en torno a ésta y que afectan de manera directa a personas discapacitadas e indirectamente a sus familiares cuidadores.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de un programa de resignificación de creencias y actitudes en personas discapacitadas y familiares/cuidadores vinculados al HUS.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las creencias y actitudes sobre la discapacidad presente en personas discapacitadas, familiares/cuidadores.
- Diseñar un programa de resignificación de las creencias y actitudes en población discapacitada, familiares/cuidadores.
- Implementar un programa de resignificación de las creencias y actitudes en población discapacitada, familiares/cuidadores.
- Analizar el cambio del significado de las creencias y actitudes en las personas discapacitadas, familiares/cuidadores.

5. MARCO TEORICO

Teniendo en cuenta que el objetivo del presente estudio fue evaluar un programa de resignificación de creencias, imaginarios y actitudes en personas discapacitadas, familiares cuidadores vinculados al HUS, el marco teórico presentará el concepto de discapacidad desde diversos autores, la clasificación, su historia, mitos/creencias entorno a la discapacidad, actitudes y secuelas para la persona que la vive; así mismo se expondrán datos estadísticos en Colombia, algunos instrumentos y estrategias de intervención utilizadas actualmente, la importancia que tiene la participación de los familiares cuidadores en los programas de rehabilitación y algunas investigaciones adelantadas en torno a la discapacidad.

5.1 LA DISCAPACIDAD

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF), ve la discapacidad como una “interacción multidireccional entre la persona y el contexto socio ambiental en el que se desenvuelve” (Querejeta, 2003 p. 10), es decir como el individuo logra adecuarse al medio desde el momento de su lesión y como el medio funciona como barrera o facilitador para la realización de sus actividades.

Es importante aclarar a continuación que los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía se han venido empleando frecuentemente como sinónimos, aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde el año 1980, adjudicó a estos términos unas definiciones específicas.

1. “Deficiencia: es toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

2. Discapacidad: es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen considerado normal para el ser humano.

3. Minusvalía: es una situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales” (Egea y Sarabia, 2001 p 16-17).

Así mismo, se afirma que “las deficiencias orgánicas, las deficiencias funcionales de actividad y las restricciones de participación social son los tres aspectos a tener en cuenta a la hora de entender la discapacidad y definirla” (Verdugo, 2005 p 1).

5.2 CLASIFICACIÓN

Existen diversas clasificaciones en torno a la discapacidad, las cuales han ido evolucionando según los diferentes puntos de vista, criterios y los hallazgos médicos. Dentro de las clasificaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encuentran la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) la cual en 1992 aparece con su decima versión (CIE-10) que brinda un marco conceptual basado en la etiología.

En 1980 la OMS presentó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CIDMM) esta clasificaba las consecuencias de las enfermedades y las repercusiones en la vida del individuo; en el 2001 la clasificación fue modificada, cambiando su nombre a Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF o CIDDM-2), que aborda la

discapacidad desde un modelo multidireccional y sus problemáticas como el resultado de la interacción del individuo con su entorno.

La CIF (OMS, 2001) organiza la clasificación en dos partes que a su vez constan de dos componentes:

Parte 1: *Funcionamiento y discapacidad:*

El primer componente es el corporal, que se divide en *Funciones y Estructuras Corpóreas* y el segundo componente es el de *Actividades y Participación*, el cual hace referencia al funcionamiento individual y social. Estos componentes se explican a partir de cuatro constructos que se relacionan entre sí. Para el componente corporal están los constructos: cambios en los sistemas fisiológicos y cambios en las estructuras anatómicas; en el componente Actividades y Participación se encuentran los constructos: capacidad y desempeño / realización.

Parte 2: *Factores Contextuales:*

El primer componente es *Factores Ambientales*, se refiere al espacio físico, social y actitudinal del sujeto, este posee un constructo que hace relación a facilitadores y barreras del mundo. El segundo componente *Factores Personales* no está clasificado por la CIF debido a la diversidad cultural y social (OMS, 2001).

Otro tipo de clasificación desarrollada por la Cruz Roja Española e IMSERSO (2009), agrupa las deficiencias en las categorías física, mental y sensorial, teniendo siempre presente la gran multiplicidad que existe dentro de cada una:

Discapacidad Física: Es una dificultad o limitación en la ejecución, coordinación y control de los movimientos, cuyas causas se deben a diferentes

factores (congénitos, hereditarios, cromosómicos, por accidentes o enfermedades degenerativas, neuromusculares, infecciosas o metabólicas).

Discapacidad Mental: Toda disminución de la capacidad intelectual o del conocimiento. Puede ocasionarse por alteraciones neurológicas, ya sean estructurales y/o funcionales, lo cual determina el nivel cognitivo y funcional de la persona.

Discapacidad Sensorial: Se encuentran discapacidades como: a) *Visual* (carencia, deficiencia o disminución de la visión), b) *Auditiva* (carencia, disminución o deficiencia de la capacidad auditiva).

5.3 RESEÑA HISTÓRICA DE LA DISCAPACIDAD

Social e históricamente la discapacidad es vista como una enfermedad o infortunio; muestra de ello es que en algunas sociedades antiguas, cuando nacían niños con alguna anormalidad era común la práctica del infanticidio; con la aparición de la iglesia cristiana se condena esta práctica, pero cualquier persona que presentara algún tipo de anormalidad era tachada de endemoniada o poseída siendo sometidas a exorcismos. Posteriormente en los siglos XVII y XVIII, la persona con discapacidad psíquica era considerada trastornada, imbéciles, amentes, locos o locas, por lo tanto debía ser internada en albergues o manicomios sin recibir atención especializada. A finales del siglo XVIII y principios del XIX, se dio inicio a la institucionalización, de estas personas; con el fin de proteger a los “normales” de los “no-normales” (Frutos, 2002).

A finales de la primera guerra mundial el concepto de rehabilitación aparece en Estados Unidos para denominar los procesos desarrollados durante esta época que buscaban la reinserción y provisión de prótesis para los heridos. Este concepto fue modificado años más tarde pasando a una visión más holística y multidisciplinaria

donde su finalidad es que el individuo logre desarrollarse con las facultades que aún conserva.

Hacia los años 50, Rusk (fundador de la medicina de rehabilitación) valoraba el trabajo de los psicólogos en cuanto a la aplicación de test pues eran eficaces para conocer los procesos psicológicos y conductuales de los discapacitados, sin embargo no los creía necesarios en el campo de la rehabilitación, limitando el trabajo de los psicólogos a lo vocacional y a la aplicación de pruebas. Para 1969, la OMS define la rehabilitación de personas impedidas como el entrenamiento en actividades funcionales a través de procesos médicos, sociales y profesionales, relegando aun el aspecto psicológico que pone en relieve la influencia del contexto social y que vincula las personas en situación de discapacidad al mundo de los capacitados. Con la evolución de la psicología en la rehabilitación se incorpora el entrenamiento de habilidades físicas y sociales explotando aquellas con las que siempre ha contado el individuo, minimizando actitudes negativas que aparecen tanto en las personas discapacitadas como en los capacitados (Juárez, F; Holguín, E y Salamanca, A, 2006).

Aunque ha habido cambios a nivel histórico de la concepción de discapacidad, las viejas creencias son difíciles de modificar, por lo que es importante conocer los mitos, creencias, imaginarios y actitudes que se han generado en torno a esta problemática.

5.4 MITOS Y CREENCIAS EN TORNO A LA DISCAPACIDAD

La falta de información, ausencia de empatía y los pensamientos superficiales, son generadores de contextos basados en premisas erróneas y discriminadoras, surgiendo barreras muy difíciles de superar. Cuando se promueve la integración

plena de las personas con discapacidad, es fundamental ir eliminando mitos y creencias que se construyen en torno a este sector de la población.

“El mito, es una creación cultural, se presenta como un configurador de valores e impone un modelo dado. Se va conformando, de este modo, un sistema de creencias que se expresa en pensamientos y conductas” (Valori, 2009, p 2).

Algunos mitos en torno a la discapacidad que son necesarios eliminar del sistema de creencias, son: “a) no son capaces, (b) mientras más quietos y tranquilos se queden, están mejor cuidados, (c) no deben exponerse a las actividades de la vida diaria, (d) se ausentan más al trabajo, porque se enferman, (e) su vida emocional y sexual está limitada, (f) no son capaces de decidir por sí mismos, (g) son sujetos sólo de derechos y no de deberes, (h) no se les debe molestar, no se deben mirar, no se sabe cómo hablarles o de qué conversar con ellos” (Min. Trabajo y Previsión Social, del Gobierno de Chile, 2005, p. 46).

El ser humano vive en un mundo de creencias, que han sido interiorizadas y hacen parte de sus ideas y pensamientos. Las creencias son elementos propios de toda sociedad y cultura, varían de unos a otros pero siempre están presentes en el ser humano. Estas traen consigo valores, nociones e imágenes sobre el entorno. Cuando “se cree” se dice que estas nociones han sido interiorizadas y que esta interiorización se realiza sin analizar si es cierto o falso. (Novel, Lluch, Miguel, 2000).

Como consecuencia de estas experiencias negativas es que, en la mayoría de los casos, las personas con discapacidad interiorizan actitudes que la sociedad tiene hacia la condición de discapacidad, construyendo una percepción equivocada de sí mismos.

Por lo que se hace importante conocer qué son las actitudes y cómo repercuten en las personas en situación de discapacidad.

5.5 ACTITUDES

“Las actitudes podrían definirse como un conjunto de predisposiciones que implican respuestas ante una clase específica de objetos o sujetos, y que adoptan diferentes formas. En toda actitud se distinguen tres componentes: la idea (componente cognitivo), la emoción asociada a ella (componente afectivo) y la predisposición a la acción (componente conductual)” (Miangolarra, 2003 p 115).

Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son:

5.5.1 Componente cognoscitivo:

Para que se genere una actitud hacia un determinado objeto es necesario conocerlo; este conocimiento puede que no sea real y no se ajuste a las cualidades, ni características del mismo (Novel y cols, 2000).

Teniendo en cuenta el componente cognitivo de las actitudes se hace necesario la revisión de conceptos como estereotipos, prejuicios y discriminación: “Los *estereotipos* son creencias positivas o negativas sobre las características de un grupo, que vienen impuestas por el medio social y la cultura, que se aplican en forma general a todas las personas pertenecientes a la categoría a la que hacen referencia” (Gutiérrez y López, 2006, p. 4). Estos son percepciones que se forman a partir de la identificación de características comunes de un grupo en particular. Los *estereotipos* promueven una creencia fundada en suposiciones que pueden o no ser verdaderas sobre el grupo en particular.

Por su parte, los *prejuicios* se forman por creencias o pensamientos

estereotipados. “Los *prejuicios* pueden definirse como actitudes hostiles y/ o negativas hacia un grupo distinguible basadas en las generalizaciones derivadas de información imperfecta o incompleta” (Valori, 2009, p 1). Estos hacen que los individuos reaccionen favorable (acogedores) o desfavorablemente (discriminatorios) ante un grupo o persona, condición que está influenciada por la raza, el estatus económico, entre otros.

Como consecuencia de estas actitudes prejuiciosas aparece la discriminación, que se define como “una conducta sistemáticamente injusta y desigual contra un grupo humano determinado” (Marchant, 2004, p. 1).

5.5.2 Componente afectivo:

Se refiere a los sentimientos o carga afectiva que se le otorga a un objeto social y se forma por los contactos que se hayan ido manteniendo a lo largo de la vida (Novel y cols, 2000).

5.5.3 Componente conductual:

Es la predisposición a actuar de acuerdo a una evaluación favorable o desfavorable de algo. Al respecto cabe mencionar que el componente del comportamiento de la actitud no implica, necesariamente, una conducta abierta, sino que se refiere, fundamentalmente, a una tendencia o intención de conducta. (Novel, y cols, 2000)

Las actitudes tienen mucho interés para los psicólogos porque desempeñan un papel muy importante en la dirección y canalización de la conducta social. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son

directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto.

Se pueden distinguir tres tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son:

Teoría del aprendizaje: esta teoría se basa en que al aprender se reciben nuevos conocimientos de los cuales se intenta desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables (Pacheco, 2003).

Teoría de la consistencia cognitiva: consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así se trata de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí (Pacheco, 2003).

Teoría de la disonancia cognitiva: “Se refiere a un estado de tensión que se crea cuando dos o más cogniciones son contradictorias o están en conflicto una con otra” (López-Ibor, Ortiz y López-Ibor, 1999, p. 185). Esta contradicción se denomina disonancia y los individuos tienen a desarrollar acciones como: realizar comportamientos adecuados, modificar creencias o actitudes y reestructurar sus esquemas cognitivos, con los cuales esperan disminuir o eliminar la tensión.

Con base en lo anterior, es importante reconocer el papel que juegan las actitudes en los seres humanos y aun más en aquellos que presentan algún tipo de discapacidad pues las actitudes negativas que adoptan las personas frente a la discapacidad, condicionan el impacto de la intervención y en algunos casos incrementa el estrés del individuo frente a la situación.

Existe una serie de concepciones infundadas en torno a la discapacidad, que han sido aceptadas por la sociedad pero aun no tienen una fundamentación suficiente.

Entre estas pueden citarse las siguientes:

1- “Las actitudes y expectativas de los otros tienen un enorme poder y unos efectos negativos en la conducta de las personas con discapacidad.

2- Las actitudes hacia las personas con discapacidad son negativas.

3- Las actitudes negativas se basan en la falta de experiencia o en la desinformación.

4- La persona con discapacidad presenta un bajo auto-concepto.

5- Las actitudes hacia las personas con discapacidad están mejorando.

6- Las personas con discapacidad y sus familias deben aprender a aceptar sus discapacidades.

7- Quienes trabajan con personas con discapacidad presentan unas creencias y actitudes más favorables hacia ellos.

8- Las personas que mantienen concepciones más progresistas sobre los demás son más favorables hacia las personas con discapacidad.

9- Las actitudes negativas llevan a una conducta de rechazo hacia las personas con discapacidad” (Jones y Guskin 1984, págs. 17 – 23)

Si bien la situación de discapacidad ha empezado a reconocerse en la última década, sigue siendo uno de los problemas más desconocidos de Colombia, dada la carencia de registros sistemáticos que permitan realizar seguimiento histórico de las frecuencias de aparición de los factores de riesgo más comunes, así como del tipo de discapacidad que ocasionan. La magnitud de la situación social de la discapacidad es una discusión no resuelta.

5.6 DATOS ESTADÍSTICOS

Según un estudio realizado por las Naciones Unidas, en el mundo existen actualmente 650 millones de personas en situación de discapacidad. Así mismo revela que al incluir a los miembros de la familia por estar directamente afectados por la discapacidad el número aumentaría a 2.000 millones, lo que equivaldría a un tercio de la población mundial (ONU, 2008).

Aproximadamente el 80% de las personas en situación de discapacidad vive en zonas rurales de países en vía de desarrollo, razón por la cual el acceso a los servicios que requieren es limitado. Hacia el 2003, en la Unión Europea el 40% de las personas con discapacidad en edad laboral estaban empleadas, en comparación con las personas sin discapacidad. Por otra parte, en el Reino Unido el 75% de los enfermos mentales en edad laboral se encontraban desempleados (OIT, 2007)

De acuerdo con la información recopilada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2009), algunos de los países con mayor porcentaje de persona en situación de discapacidad en América Latina y el Caribe son: Brasil (14.5%), Chile (12,9%), Ecuador (12.1%), Panamá (11.3%), Nicaragua (10.3%), Perú (8.7%), Uruguay (7.6%), Argentina (7.1%) y Colombia (6,3%).

En Colombia, no existe un registro exacto que permita conocer el crecimiento de la población en situación de discapacidad, ya que solo hasta 1993 el DANE incluyó por primera vez en el Censo de la población y posteriores pruebas la variable de discapacidad, con el fin de implementar acciones que permitieran mejorar la calidad de vida de dicha población. Los datos obtenidos en ese año no fueron relevantes debido a la concepción de discapacidad utilizada en el formulario, aun cuando se tuvo en cuenta las recomendaciones dadas por las Naciones Unidas. “En

total respondieron afirmativamente a esta pregunta 593.618 personas para una tasa de prevalencia de apenas 1.85%” (DANE, 2004, p 17).

Según una revisión de los estudios sobre situación de discapacidad en Colombia, la región occidental del país presentaba mayor número de personas en situación de discapacidad con un porcentaje de 44,5% del total nacional. En esta región, sobresalen Antioquia con 17.1%, Valle con 10.49%, Nariño con 5.12% y Cauca con el 3.89% de la población con discapacidad en Colombia. En orden descendente le siguen, la región Centro Oriente con el 33,44%, de esta región sobresalen Bogotá D.C, con el 10.68%, Cundinamarca con el 4.80 %; Santander con el 4.55%, entre otros. A nivel general en el país, la mayor deficiencia es la sensorial que corresponde al 68% del total de la población discapacitada, de los cuales 39.5% eran invidentes y 28.5% tenían deficiencia auditiva, en ese orden siguen con el 20% la parálisis o ausencia de miembros superiores y / o inferiores y con el 19% la deficiencia cognitiva (Red Solidaridad Social, 2002).

De acuerdo con el Censo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2005) en Colombia por cada 100 colombianos, 6.3 tiene una limitación permanente. Entre los departamentos con mayor prevalencia de discapacidad se encuentran Cauca, Nariño, Boyacá, Huila, Quindío, Tolima y Putumayo. Así mismo, esta entidad afirma que el mayor porcentaje de personas en situación de discapacidad en el país son los adultos, en su mayoría hombres. En el departamento de Santander la población total es de 2.057.789, de los cuales 137.872 que equivale al 6.7% presentan alguna limitación permanente (DANE, 2005). Complementando lo anterior, el Ministerio de la Protección Social en asociación con Colciencias encontraron que la prevalencia de la discapacidad en la región oriental es de 7,3% (8,3% promedio nacional) quienes se encuentran en un rango de edad entre

los 18 y los 69 años (Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia, 2007).

5.7 EVALUACIÓN

En este apartado se presentan algunas pruebas utilizadas en la valoración tanto física como psicológica de las personas en situación de discapacidad.

Las escalas que valoran la funcionalidad de las personas en situación de discapacidad recogen información proveniente de la observación del sujeto en su contexto o en la información que proporcionan sus familiares/cuidadores.

La disminución del rendimiento a nivel funcional se hace visible en la alteración de las actividades de la vida diaria (AVD), que son un conjunto de tareas ocupacionales que realiza el individuo cotidianamente. De acuerdo con la complejidad de la ejecución se clasifican en: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD), (Montagut, Flotats, Lucas, 2005).

5.7.1 Pruebas que miden la funcionalidad:

Existen un sin número de escalas que miden estas actividades, entre las más utilizadas están:

1) *Índice de Katz de independencia de las actividades de la vida diaria* (Katz, 1958): Evalúa la continencia de esfínteres y el grado de dependencia funcional en cinco actividades cotidianas (levantarse, usar el baño y el retrete, vestirse y comer), con tres opciones de respuesta que permiten clasificar a los pacientes desde mayor dependencia a mayor independencia.

2) *Índice de Barthel o Índice de Discapacidad de Maryland* (Barthel, 1955):

Valora el nivel de independencia del paciente en la realización de actividades básicas de la vida diaria (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina), este índice arroja dos tipos de puntuaciones, a nivel global varía de 0 (completamente dependiente) a 100 (completamente independiente) puntos y por cada actividad se asignan puntuaciones de 0, 5, 10 ó 15.

3) *Escala de valoración de incapacidad física y mental de la Cruz Roja* (Cruz

Roja, 1972): Esta escala se subdivide en dos partes, la primera valora la funcionalidad del paciente clasificándolo en seis grados de acuerdo a la situación actual otorgando un valor de 0 (independencia) hasta 5 (dependencia); el segundo mide el nivel cognitivo del paciente clasificándolo en 6 grados que van desde 0 (ausencia de defectos cognoscitivo) a 5 (máxima alteración cognoscitiva).

4) *Rapid Disability Rating Scale-2* (Linn y Linn, 1982): Evalúa tres aspectos

que son: ayuda para las actividades cotidianas, grado de incapacidad y grado de problemas especiales. Con cuatro opciones de respuesta como sigue: nada, totalmente independiente o comportamiento normal a total (Ministerio de Ciencia y Tecnología de España, 2009).

5.7.2 *Pruebas psicológicas:*

Entre las pruebas psicológicas se encuentran aquellas que evalúan el deterioro cognitivo donde se destacan:

- 1) *El Examen del Estado Mental Mínimo MMSE* (Folstein y cols, 1975): Este test es muy conocido a nivel mundial por su gran validez y evalúa áreas como memoria, orientación, atención, capacidad para seguir ordenes orales y escritas, escritura espontanea y habilidades viso-constructivas. Se valora de 1 a 30 siendo 30 el máximo puntaje, se recomienda un valor límite de 26, sin embargo se deben tener en cuenta aspectos como escolaridad, edad, entre otros.
- 2) *Set-test de Isaacs* (Isaacs y Akhtar, 1972): Utilizado como herramienta para el diagnóstico de demencia en ancianos. Evalúa aspectos como fluidez verbal, denominación por categorías y memoria semántica. La puntuación máxima es de 40 y la mínima de 0. Es importante registrar los nombres que recuerda con el fin de medir su evolución.
- 3) *Escala de Inteligencia de Wechsler WAIS* (Wechsler, 1958): Es mayormente utilizado en la medición del Coeficiente Intelectual, sin embargo, es útil en la evaluación de deterioro cognitivo. Esta prueba contiene dos escalas: verbal y manipulativo. Su puntuación se realiza en forma de CI total de la escala, además en puntajes separados de CI verbal y CI manipulativo.
- 4) *Escala de Actitudes hacia las Personas con Discapacidad. Forma G* (Verdugo, Arias y Jenaro, 1994): Esta prueba cuenta con cinco subescalas a saber: a) Valoración de capacidades y limitaciones, b) reconocimiento/negación de derechos, c) implicación personal, d) calificación genérica, e) asunción de roles. Los ítems de valoración negativa se codifican de manera inversa.

- 5) *Inventario de Ideas Irracionales* (Ellis, 1962): Este instrumento mide trece ideas irracionales (Necesidad de aprobación, Territorialidad, Auto-exigencia, Necesidad de Control, Culpar a otros, Normatividad, Reacción a la frustración, Irresponsabilidad emocional, Ansiedad por preocupación, Evitación de problemas, Dependencia, Influencia del pasado y Perfeccionismo); la forma de calificación de cada ítem, oscila entre 1 punto (ausencia de distorsión), hasta 5 (presencia de la distorsión). Se debe aclarar que no es una prueba para medir discapacidad, pero puede ser utilizada para evaluar las ideas irracionales en los discapacitados (Ministerio de Ciencia y Tecnología de España, 2009).

Así mismo, existen pruebas que miden aspectos físicos y psicológicos de los pacientes, pero son aplicadas a los familiares/cuidadores, algunas de ellas estas son:

- 1) *Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer FAQ* (Pfeffer y cols, 1982): Este instrumento estandarizado identifica la presencia de demencia en etapas iniciales. Las puntuaciones por debajo de 6 indican normalidad y superiores a 6, alteración funcional.
- 2) *Test del Informador TIN o IQCODE* (Jorm y Korten, 1988): Este instrumento valora la disminución cognitiva y funcional del paciente. Evalúa la memoria, la funcionalidad y la capacidad ejecutiva y de juicio. Existen dos versiones: una corta la cual consta de 17 ítems, cuya puntuación total es de 85 y a partir de 57 se habla de posible deterioro cognitivo; la versión larga consta de 26 ítems, su máxima puntuación es de 130, considerándose que a partir de 84 puntos existe deterioro cognitivo (Ministerio de Ciencia y Tecnología de España, 2009).

5.8 INTERVENCIÓN

Debido al aumento a nivel mundial de personas en situación de discapacidad, se hizo necesario realizar estudios con los cuales se profundizara en este fenómeno que afecta a la población discapacitada y capacitada; con el fin de realizar procesos que apunten al mejoramiento de la calidad de vida del discapacitado a nivel personal y social.

Uno de los objetivos importantes de la Psicología en el trabajo con discapacidad es la obtención de herramientas necesarias para la elaboración de estrategias de intervención al discapacitado y su familia, con el fin de facilitar el proceso de rehabilitación de una manera eficaz y efectiva. Siendo así, la promoción de la salud la función primordial del psicólogo.

La discapacidad no es una característica propia del ser humano, es una condición que puede presentarse como consecuencia de una enfermedad o de un accidente; la forma como ésta se afronte depende en gran medida de los rasgos de personalidad de cada individuo que lo hacen o no vulnerable ante el tipo y grado de discapacidad que padece y los sentimientos que dicho evento desencadenan (Trujillo, 2005).

Por tal motivo, durante el proceso de intervención es primordial fortalecer y promover aquellos pensamientos, comportamientos y sentimientos sanos que presenten en la persona en situación de discapacidad; solo así reconocerá que aunque no puede realizar algunas actividades igual, aun conserva habilidades y destrezas que le permiten ser independiente, modificando el concepto y percepción que tiene de sí mismo (Trujillo, 2005).

Con la situación de discapacidad aparece en el individuo sentimientos negativos y/o disfuncionales (indefensión, desesperanza, miedo, vergüenza, rabia,

desesperación y ansiedad) que lo llevan a reaccionar de forma inadecuada, adoptando comportamientos destructivos o de defensa; por lo anterior es importante durante el proceso de intervención identificar las situaciones que propician la aparición de sentimientos negativos o que los refuerzan con el fin de modificar los esquemas cognitivos, partiendo de la desarticulación de aquellos que son desadaptativos e irracionales; ya que el objetivo final del proceso es lograr aceptación y adaptación del individuo a su nueva condición, mejorando así su calidad de vida. (Trujillo, 2005).

De igual forma, es importante al momento de evaluar y diseñar los programas de intervención al discapacitado, tener en cuenta a las familias; puesto que es vital para el proceso de recuperación de la persona en situación de discapacidad contar con el apoyo, los cuidados y la atención necesaria que le felicite su adaptación. Cabe destacar que las necesidades, problemas y características a intervenir serán todas aquellas que se detecten durante la evaluación, que finalmente facilitaran o no el cuidado y atención, reduciendo el estrés y la dependencia del entorno familiar (Ortiz, 2007).

Una de las técnicas cognitivas que tienen gran impacto en la reestructuración del pensamiento es la Terapia Racional Emotiva la cual tiene como objetivo detectar y modificar las actitudes e ideas irracionales presentes en los individuos, por creencias más acordes con la realidad; para lograr dicho objetivo esta terapia se centra en la interpretación que hacen las personas ante un hecho o situación y que determinan la respuesta emocional (positiva o negativa) y la conducta.

La Técnica de la Triple Columna: esta técnica se basa en un diario de auto-registros que realiza el paciente, el cual consta de tres columnas donde escribirá aquellas situaciones que le produzcan emociones desagradables, los pensamientos

que se generen ante el evento y finalmente después de evaluar sus reacciones planteará pensamientos alternativos de respuesta a las circunstancias. Es importante enfatizar que para alcanzar dicho cambio, el individuo debe tener voluntad, ser constante y estar dispuesto a enfrentar las creencias irracionales para así poder modificarlas (Sánchez y Sánchez, 1992).

Países como España, han realizado campañas de concienciación acerca de las personas con discapacidad a través de la educación a la comunidad, logrando una aceptación hacia el discapacitado especialmente en las zonas rurales. En América Latina uno de los eventos que más ha contribuido a una valoración positiva hacia los discapacitados es el TELETON, que tuvo sus inicios en Chile cuya finalidad era recaudar dinero para entidades que trabajan con dicha población (Schlossar, 2004).

En Colombia, la rehabilitación de las personas en situación de discapacidad ha sido enfocada desde el asistencialismo, dejando el aspecto social a un lado y creando dependencia del discapacitado y sus familiares hacia los servicios hospitalarios, lo cual impide la adaptación hacia su nueva condición e incorporación a la sociedad (Céspedes, 2005).

En la actualidad, el mayor número de instituciones preocupadas por este fenómeno son las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), debido al abandono del Estado frente a esta situación. Solo hasta ahora, en vista del aumento de dicha población, el Gobierno Nacional se encuentra desarrollando políticas públicas que no ciñan al discapacitado al modelo médico, sino que sea visto de forma holística, con derechos y deberes como el resto de la población; con esto no se pretende encerrar al discapacitado en una burbuja donde se le trate de forma especial y se le limite según la discapacidad, antes bien se intenta con el modelo biopsicosocial brindar al individuo estrategias de afrontamiento que le permitan reconocer sus fortalezas, sus

capacidades y ser más competitivo frente a la sociedad que diariamente exige asumir nuevos retos.

En Colombia, la Presidencia de la República a través de la Consejería de Programas Especiales recalca la importancia en la interacción de la familia, la sociedad y el estado en el desarrollo de proyectos que apunten a mejorar la situación de discapacidad en el país, por lo tanto plantea tres componentes para la intervención.

Componente de Promoción y Prevención

La intervención en Promoción de Entornos Protectores y Prevención de la Discapacidad intenta minimizar las posibilidades de adquirir algún tipo de discapacidad, concientizando a los individuos sobre la importancia de tener conductas protectoras. Este componente centra su trabajo en la población en general, priorizando en los jóvenes (niños y adolescentes) y los trabajadores.

Se proponen cuatro líneas estratégicas de acción para la realización de este componente: “a) Promoción y fomento de condiciones y comportamientos saludables, b) Identificación, prevención y control de riesgos c) Promoción del acceso oportuno a detección temprana en los diferentes espacios de interacción social y a la atención en los servicios específicos, d) Fomento a procesos de participación ciudadana para la transformación cultural en torno a la discapacidad” (Ruiz y Hoyos, 2003, pp. 28 – 29).

Componente de Equiparación de Oportunidades

Su finalidad es disminuir la vulnerabilidad de los discapacitados o prevenir la influencia negativa del entorno. Este componente tiene como objetivo lograr la participación de las personas en situación de discapacidad, de manera equitativa con los capacitados.

Las líneas estratégicas de acción son: “a) Eliminación de toda forma de exclusión y discriminación hacia las personas con discapacidad, por parte de las organizaciones sociales, b) Acceso, permanencia y promoción en educación, c) Promoción de la empleabilidad para personas con discapacidad y sus familias, d) Construcción y acondicionamiento de viviendas, edificios, espacios y transporte de uso público con parámetros de accesibilidad, e) Acceso a la información, la comunicación para las personas con discapacidad sensorial (personas ciegas, sordas y sordo-ciegas), f) Participación y fomento de la actividad en recreación, deporte, cultura, turismo de la población en situación de discapacidad” (Ruiz y Hoyos, 2003, pp. 30 – 31).

Componente de Habilitación / Rehabilitación

Es el conjunto de acciones que buscan disminuir las limitaciones en la actividad de la vida diaria. Este componente pretende mejorar la capacidad de los servicios y de las comunidades, buscando una intervención efectiva de las personas en situación de discapacidad.

Las líneas estratégicas de este componente son: “a) Red de servicios de Habilitación, b) Red de servicios de Rehabilitación, c) Promoción y desarrollo de Ayudas técnicas y tecnológicas” (Ruiz y Hoyos, 2003, pp. 33 – 34).

Entidades como la Red de Solidaridad Social por medio de las campañas de suministros de sillas de ruedas, audífonos y atención al Adulto Mayor han beneficiado entre 1999 a 2002 un promedio de 2.037 personas.

Así mismo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), realiza programas de protección a los niños y familias con derechos vulnerados (hogares sustitutos, seminternado, externado, psiquiátricos, atención institucional y a niños y niñas sordas) (Departamento Nacional de Planeación, 2004)

Es importante anotar que el trabajo en discapacidad no solo debe dirigirse al paciente sino a la familia y la comunidad, pues cada vez más, se valora la importancia de estas instituciones como espacio de respuesta a muchas necesidades sociales y como previsoras de muchas situaciones problemáticas, por esta razón es relevante contar con familiares/cuidadores ya que la discapacidad desestabiliza la dinámica familiar, dejando huella tanto en lo psicológico como en lo afectivo. Con la aparición de la condición de discapacidad de algún miembro de la familia, se centra la atención en éste y su rehabilitación, relegando los planes y responsabilidades adquiridas con anterioridad, además se crea un profundo temor ante el proceso de adaptación social del discapacitado y de los otros frente a él (Chiapello y Sigal, 2006).

Desde 1995, se han gestado programas y políticas encaminadas a minimizar riesgos de discapacidad en la población y respaldar a quienes se encuentran en situación de discapacidad. “Los avances del Estado y la sociedad se han expresado en: (1) el desarrollo de un marco normativo amplio, que reconoce los derechos y determina deberes de los diferentes actores, junto con la ratificación de convenios internacionales; (2) la construcción de una política pública con participación de la sociedad civil, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales; y (3) la creación de redes institucionales gubernamentales y no gubernamentales” (Departamento Nacional de Planeación, 2004. p, 6).

El programa de la Secretaría de Salud del Distrito de Bogotá presenta logros en lo referente al trabajo con comunidad, primordialmente en apoyo a cuidadores, ya que se han dado cuenta de que el trabajo comunitario es provechoso en cuanto al cambio de actitudes y creencias frente a la discapacidad.

5.9 INVESTIGACIONES

Según, la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente existen 650 millones de personas con algún tipo de discapacidad lo que equivaldría al 10% de la población mundial, cifra que va en aumento debido al incremento de las expectativas de vida y al envejecimiento de la población (OMS, 2008); pocas veces se relaciona la discapacidad con el envejecimiento. Esto se explica porque, hasta hace algunos años, la expectativa de vida de las personas con algunas deficiencias estaba por debajo de la media de la población o no llegaban a la vejez. Con la mejora de la calidad de vida ha habido un incremento paulatino del número de personas con discapacidad que llegan a edades avanzadas (Rodríguez, 2001). Siendo el objetivo de la intervención “devolverle a la persona anciana y discapacitada al mejor nivel posible de capacidad física y lograr el retorno a una vida independiente” (Pinazo y Sánchez, 2005 p 98).

En España, Aguado y Alcedo (2004) desarrollaron una investigación centrada en las necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad; para su realización construyeron una entrevista semiestructurada tomando como referencia el modelo teórico de Calidad de Vida de Schalock; la muestra total fue de 325 personas en situación de discapacidad mayores de 45 años a quienes se les aplicó esta entrevista. Igualmente, se le realizó de forma paralela otra entrevista a los familiares (122 personas) y a los directivos y profesionales de los grupos o centros a los que pertenecen (29 sujetos). La entrevista consta de 94 preguntas que recogen información sobre necesidades percibidas en las dimensiones de bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal y autodeterminación e inclusión social, así mismo permite recabar información sobre variables descriptivas relacionadas con discapacidad y variables sociodemográficas y ambientales. En los resultados arrojados por el estudio

encontraron que las necesidades y preocupaciones dominantes son el área de la salud, recursos económicos, la supresión de barreras, asistencia domiciliaria, calidad de los servicios e incremento de recursos asistenciales; y las soluciones propuestas están encaminadas a lo económico, asistencia domiciliaria, supresión de barreras arquitectónicas y soluciones asistenciales.

De igual forma, Aguado, Flórez y Alcedo (2004), enfatizan que las actitudes hacia las personas con discapacidad no han sido, ni son predominantemente positivas. Esta situación los llevó a diseñar y poner en marcha campañas de sensibilización e intervención estructurada con el objetivo de promover cambios en las actitudes. Para alcanzar tal objetivo realizaron un programa de cambio de actitudes, con el fin de evaluar los cambios logrados y el mantenimiento temporal realizando medidas pre y post-test, de la Escala de Valoración de Términos Asociados con discapacidad EVT (Aguado y Alcedo, 1999), con una muestra de 83 niños de primero y segundo de la ESO, entre 12 y 15 años, asignados 23 al grupo experimental y 60 al grupo control. Emplearon técnicas como: información directa e indirecta, contacto y experiencia e información sobre ayudas técnicas en siete sesiones con discusión guiada de aproximadamente una hora de duración a la semana; ejecutando un seguimiento de tres años. A través de la prueba Binomial observaron una diferencia estadística significativa en la globalidad de la escala. Profundizando en los análisis estadísticos de cada uno de los ítems del EVT (Aguado y Alcedo, 1999), observaron que la mayoría de los términos adquirieron significación a raíz del tratamiento. Respecto a la comparación entre el grupo experimental y el control: se encontraron que el primero muestra una tendencia a tener una media mayor en el pre-test. Los resultados obtenidos por los investigadores sugirieron que el tratamiento fue eficaz y que se mantuvo en el tiempo, aunque con variaciones.

En la de la Universidad Abierta Interamericana, Sebastianelli (1998), adelantó una investigación sobre la baja autoestima como un factor de desorientación ocupacional en la discapacidad, el objetivo principal de dicho estudio, fue realizar aportes en el área ocupacional de la discapacidad mental en el ámbito educativo terapéutico, así como identificar la relación entre baja autoestima y la desorientación ocupacional. Para alcanzar este objetivo elaboró y aplicó un programa de prevención secundaria para aumentar la autoestima y mejorar la orientación ocupacional.

Así, la investigación arroja que en este grupo particular, la baja autoestima paraliza aún más cualquier intento de autodescubrimiento.

En Colombia, Barrios (2005) realizó un estudio cualitativo el cual pretendía conocer el auto-concepto de niños resilientes con discapacidad y las características del funcionamiento de sus familias. Para el desarrollo del estudio utilizó un diseño metodológico llamado “Estudio de caso con múltiples fuentes de evidencia”; la muestra seleccionada fue de 5 niñ@s con sus padres, a los cuales aplicó una batería de pruebas conformada por la escala de percepción del auto-concepto infantil, lista de frases para complementar y una entrevista semi-estructurada.

Los resultados obtenidos demostraron que los niños tenían un auto-concepto y unas características familiares positivas, lo cual le permitió a la investigadora concluir finalmente que la interacción de estos elementos hizo que los niños adoptaran una vida resiliente.

En Bucaramanga, Acevedo y Peñalosa (2005) realizaron un estudio que pretendía determinar el impacto de una intervención cognitivo conductual en el nivel de autoestima, comportamientos depresivos e ideas irracionales en personas con limitación física de tipo neuromotor de la zona de Girón y Bucaramanga. La intervención es un diseño cuasi-experimental con una muestra de 25 personas adultas

(hombres) con limitación física de tipo neuromotor; en el estudio fueron utilizados tres instrumentos: El Inventario de Depresión de Beck, El Inventario de Autoestima de Coopersmith y el inventario de Ideas Irracionales (IBT).

Los resultados arrojaron que existieron diferencias significativas al comparar las evaluaciones pre-test y post-test de cada una de las pruebas, lo cual muestra la efectividad de la intervención en las variables del estudio.

Siguiendo con los estudios realizados bajo el modelo cognitivo conductual, Morón (2005), realiza una investigación cuyo objetivo fue determinar el impacto de una intervención en los niveles de ansiedad y de depresión de militares sobrevivientes de minas antipersonal y artefactos explosivos. Para tal efecto, seleccionó 38 sujetos pertenecientes a la compañía de Tratamiento Ambulatorio de la Quinta Brigada del Ejército “TRAMBUL”, en Bucaramanga.

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el Test de Zung para ansiedad y el Test de Zung para depresión. Los datos arrojados por el estudio evidenciaron que los sujetos disminuyeron a nivel significativo los niveles de ansiedad y depresión.

Igualmente, Cortes (2007) realiza otra investigación orientada a implementar una intervención psicológica en el proyecto de vida, autoestima y depresión en militares sobrevivientes de minas antipersonales y artefactos explosivos.

Esta investigación fue de tipo cuasi-experimental, seleccionando como muestra un grupo de 12 varones pensionados del Ejército Nacional, en un rango de edad de 25 a 45 años, con limitaciones físicas y pertenecientes a la Asociación Colombiana de Soldados Discapacitados. En cuanto a los datos obtenidos al iniciar el estudio evidenciaron que los niveles de depresión y autoestima eran relativamente normales,

en lo concerniente al proyecto de vida encontraron grandes dificultades; sin embargo la intervención realizada tuvo cambios positivos.

Finalmente, vale la pena resaltar que el fenómeno de la discapacidad en Colombia dejó ser una consecuencia de la guerra, para convertirse en un tema que no solo compromete el área médica, sino que ha de ser abordada desde diversas disciplinas y áreas del conocimiento para dar a las personas en situación de discapacidad, la posibilidad de continuar con una vida “normal” y digna.

Por lo tanto, para profundizar en dicha problemática, se hace necesario conocer y resignificar las vivencias, pensamientos, sentimientos y actitudes en torno a la discapacidad, no solo desde quien la experimenta sino desde el contexto en el que se encuentran inmersos; partiendo de aquellas ideas erróneas que refuerzan los mitos, miedos y falsas creencias, que en algunos casos se convierten en un obstáculo peor que el impuesto por las barreras arquitectónicas.

6 METODO

6.1 DISEÑO

Esta investigación es de tipo cuantitativo. Se utilizó un diseño pre-experimental de tipo pre-test/post-test, actuando como variable independiente el programa de resignificación de creencias que fue administrado.

6.2 SUJETOS

La población está conformada por personas en situación de discapacidad y familiares/ cuidadores vinculados al Hospital Universitario de Santander E.S.E.

La muestra estuvo compuesta por 16 pacientes discapacitados físicamente (12 hombre y 4 mujeres; vinculados al servicio de consulta externa por fisioterapia, quienes se seleccionaron por conveniencia teniendo en cuenta que cumplieran con los criterios de inclusión que se determinaron como relevantes para este estudio:

- Hombres o mujeres cuyas edades oscilen entre los 20 y 60 años.
- Pertenecientes a los estratos 1, 2, 3.
- Estado mental normal, el cual se determinó por medio del mini-mental.
- Aceptación del participante en el proyecto y la firma del consentimiento informado (Ver anexo 1)

La muestra de familiares estuvo compuesta por 14 personas (13 mujeres y 1 hombre), uno por cada paciente, sin embargo los sujetos 14 y 15 comparten el mismo familiar y el sujeto 16 no presenta familiar.

6.3 INSTRUMENTOS

Se realizó un protocolo de recogida de información para todos los sujetos de la muestra y dos (2) evaluaciones durante el periodo en que se desarrolla el programa pre y post - test. (Ver anexo 2)

La batería de instrumentos de evaluación para los participantes fue:

6.3.1 *Mini-Mental (MMSE)*

El *MMSE* (Folstein y cols 1975) (Revisado en Colombia por Orozco y cols, 1999) es un método práctico que permite establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Las características esenciales que se evalúan son:

- Orientación espacio- tiempo.
- Capacidad de atención, concentración y memoria.
- Capacidad de abstracción (cálculo).
- Capacidad de lenguaje y percepción viso- espacial.
- Capacidad para seguir instrucciones básicas.

El **MMSE** es un test, dentro de las escalas cognitivas-conductuales que se utiliza para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona. Este test tiene alta dependencia del lenguaje y consta de varios ítems relacionados con la atención. Se puede efectuar en 5-10 minutos según el entrenamiento de la persona que lo efectúa; evalúa la orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción.

Cada ítem tiene una puntuación, llegando a un total de 30 puntos. En la práctica diaria un score menor de 24 sugiere demencia, entre 23-21 una demencia leve, entre 20-11 una demencia moderada y menor de 10 una demencia severa. Para

poder efectuar el test es necesario que el paciente se encuentre lúcido, el cual solo se utilizó como criterio de inclusión. (Ver anexo 3)

6.3.2 Escala de Valoración de Términos Asociados con la Discapacidad (EVT)

Se trata de una escala sumativa tipo Likert de 20 de términos asociados con la discapacidad, para cuya construcción, en primer lugar, se han seleccionado aquellos términos usualmente más utilizados como referentes genéricos para todos los discapacitados. La relación de los términos seleccionados, según el orden aleatorio de presentación, es la siguiente: marginado, retrasado, trastornado, excepcional, lisiado, tullido, minusválido, con necesidades especiales, enfermo, anormal, deficiente, inadaptado, inválido, discapacitado, incapacitado, desvalido, disminuido, mutilado, subnormal e impedido. En total, veinte términos que conforman la Escala de Valoración de Términos Asociados con la Discapacidad EVT (Aguado y Alcedo, 1999) y para cuya valoración se proponen cinco alternativas de respuesta: 1 = altamente negativo; 2 = muy negativo; 3 = intermedio; 4 = apenas negativo; 5 = nada negativo. (Ver anexo 5)

6.3.3 Inventario de Ideas Irracionales (IBT)

Es un instrumento que mide trece ideas irracionales (Necesidad de aprobación, Territorialidad, Auto-exigencia, Necesidad de Control, Culpar a otros, Normatividad, Reacción a la frustración, Irresponsabilidad emocional, Ansiedad por preocupación, Evitación de problemas, Dependencia, Influencia del pasado y Perfeccionismo) propuestas por Ellis (1962) quien plantea que las creencias irracionales son cogniciones evaluativas personales, absolutistas, expresadas como obligación y

asociadas a emociones inadecuadas como ansiedad, depresión, etc. que interfieren con la consecución de metas.

Este cuestionario consta de 130 afirmaciones de carácter irracional en las que el sujeto señala su grado de creencia en ellas en una escala de 5 puntos. Para cada una se debe encerrar en un círculo el número de la columna de la derecha, el cual le exprese mejor su actitud frente a la afirmación. La persona debe tratar de evitar lo neutro o la respuesta No. 3, solo se debe utilizar este número si realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. La forma de calificación de cada ítem, oscila entre 1 punto (ausencia de distorsión), hasta 5 (presencia de la distorsión); y al sumar los valores se puede establecer en qué intensidad está la distorsión: baja (10-23 puntos), media (24-36 puntos) y alta (37-50 puntos). Ver anexo 4

6.3.4 Índice de Barthel

De acuerdo con Ruzafa y Moreno (1997) es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. Este instrumento se utiliza para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica y en Salud Pública. Se ha venido utilizando desde que fue propuesto en 1955 y ha dado lugar a múltiples versiones. Además de servir como estándar para la comparación con otras escalas, es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios y cuya aplicación no causa molestias. Por otra parte, su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata.

El IB consta de diez (10) apartados: cinco (5) de auto-cuidado (alimentación, lavado, vestido, arreglo, uso del retrete); tres (3) de movilidad (traslado cama-sillón, deambulaci3n y dificultad para subir y bajar escaleras; dos (2) apartados corresponden a funciones corporales (deposici3n y micci3n). Se califica en una escala de 10 (independiente), 5 (necesita ayuda) y 0 (dependiente). La incapacidad funcional se valora como: Severa (<45 puntos), Grave (45-59 puntos), Moderada (60-80 puntos), Ligera (80-100 puntos). Ver anexo 6

La batera de instrumentos de evaluaci3n para los familiares/cuidadores, consta del EVT (Ver instrumentos pacientes), adem3s 3l:

6.3.5 Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer (FAQ)

Es una prueba estandarizada. El FAQ es una medida basada en los informantes, por lo que se requiere la localizaci3n de un informante confiable. Consta de 11 3tems que evalúan el grado de independencia-dependencia del sujeto. Una puntuaci3n por debajo de 6, indica normalidad, no dependencia. Puntuaciones iguales o superiores a 6 sugieren una alteraci3n funcional. (Ver anexo 7)

6.4 PROCEDIMIENTO

6.4.1 Selecci3n de la muestra: Los sujetos del grupo experimental fueron usuarios vinculados al servicio de consulta externa por fisiatría del Hospital Universitario de Santander HUS y familiares cuidadores, los cu3les se seleccionaron incidentalmente, cumpliendo los criterios de inclusi3n del estudio.

6.4.2 Diseño y selecci3n de instrumentos: En esta etapa se seleccionaron y se aplicaron los instrumentos (EVT, IBT, Índice de Barthel, FAQ, entre otros).

6.4.3 Aplicación de instrumentos: Durante el periodo de recogida de datos, se administraron a los sujetos los instrumentos de evaluación descritos en el apartado de instrumentos, realizando una aplicación al inicio (evaluación basal) y otra al finalizar la investigación. El tiempo de administración de la batería de test fue de una hora y 45 minutos en cada visita aproximadamente (Una hora con el participante y 45 minutos con el familiar cuidador).

6.4.4 Diseño de programa de intervención: Se realizó un programa de resignificación a partir de las creencias más comunes de la población, que se encontraron después de la primera aplicación de los test. El programa constó de seis sesiones utilizando la terapia cognitiva, la cual busca modificar las distorsiones cognitivas e ideas irracionales presentes en el inconsciente del individuo y que se activan ante situaciones desencadenantes, por ejemplo una limitación física. El Programa se adaptó al tipo de participantes (discapacitados, familiares cuidadores). Ver anexo 8

Talleres

Se realizaron 6 sesiones en las cuales se trabajaron las siguientes temáticas:

1. Conceptualizar la definición de discapacidad y la relación

Pensamiento – Afecto - Conducta.

2. Distorsiones cognitivas.

3. Pensamientos automáticos.

4. Manejo de los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas a través de la técnica de la triple columna.

5. Adquisición de Autonomía.

6. Proyecto de vida.

6.4.5 Implementación del programa: En esta etapa se intervino a la población discapacitada y familiares cuidadores, utilizando el programa con la finalidad de resignificar las creencias de los participantes.

6.4.6 Evaluación Pos-test: Con el fin de contrastar los resultados obtenidos al inicio del proyecto, se realizó una evaluación al final (pos-test) que permitió valorar el impacto del programa de resignificación de creencias con los participantes de la investigación.

6.4.7 Análisis de datos: Los resultados de las pruebas aplicadas fueron analizados teniendo en cuenta la estadística descriptiva e inferencial con el programa SPSS.

7 RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis de resultados obtenidos en la aplicación pre-test y post-test de la batería de pruebas anteriormente mencionadas. En lo concerniente al Mini mental (MMSE), esta prueba se utilizó únicamente como criterio de inclusión de los sujetos, presentando un puntaje que reflejaba buen estado mental de todos los participantes.

7.1 INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES (IBT)

Tabla No. 1. Puntajes promedios IBT pre test y post test de los participantes.

IDEA	Pre-test	Post-test	Valor T	P. Error
Necesidad de aprobación	30.8	28.7	1.773	.097
Territorialidad	36.4	34.4	1.872	.081
Auto exigencia	28.8	26.9	1.916	.075
Necesidad de control	33.1	32.3	1.481	.159
Culpar a otros	31.8	30.5	1.127	.277
Normatividad	38.6	36.0	2.308	.036
Tolerancia a la frustración	28.8	27.5	1.216	.243
Irresponsabilidad emocional	22.9	21.2	1.302	.213
Ansiedad por preocupación	28.3	27.8	.490	.631
Evitación de problemas	31.6	30.5	1.000	.333
Dependencia/Apego	30.1	28.2	1.942	.071
Influencia del pasado	26.3	25.6	1.093	.292
Perfeccionismo	30.4	29.1	1.321	.206
PROMEDIO	30.61	29.13		

Fuente. El Autor

La *tabla No. 1* presenta los puntajes promedios obtenidos en la aplicación del pre-test y post-test por cada una de las ideas irracionales, además presenta los valores T de cada una de las ideas y el porcentaje de error.

Al observar los promedios totales de las 13 ideas irracionales antes y después de la intervención se evidencia una disminución de 30.61 (pre-test) a 29.13 (post-test) equivalente a 1.48.

Como se puede observar la idea irracional que presentó mayor cambio positivo del pre-test al post-test fue *Normatividad*, que en el pre-test obtuvo un promedio de 38.6 (categoría alta) y en el post-test 36.0 (categoría media) al hacer la comparación con la prueba T arrojó un valor T de 2.308 para un $p < 0.05$.

Esta idea irracional hace referencia al cumplimiento exagerado de normas, creando culpa cuando se viola. Un aspecto importante a destacar, es que gran parte de los sujetos pertenecen a zonas rurales y una característica en común es ser personas de costumbres “conservadoras”, lo cual implica normalmente rigidez en el cumplimiento de la norma. Es así, que muchos de ellos manifiestan que si hubiesen obedecido las normas impuestas en su hogar y en la sociedad no estarían pasando por la situación discapacitante. Sin embargo, durante la intervención, esta idea se fue desvirtuando en los participantes al reconocer que no existen normas absolutas que digan lo que es correcto o incorrecto.

Tabla No. 2. Puntajes pre test y post test de la idea Normatividad.

ITEMS	NORMATIVIDAD	
	Pre-test	Post-test
S1	38	38
S2	36	22
S3	35	34
S4	43	36
S5	41	41
S6	38	38
S7	40	38
S8	40	41
S9	34	36
S10	39	32
S11	37	36
S12	39	36
S13	39	38
S14	36	35
S15	39	41
S16	44	35
Total	618	577
Promedio	38,6	36,0

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 2* se observa que los sujetos que tuvieron un cambio considerable del pre-test al post-test en esta idea fueron: 2, 4, 10, 11, 12, 16; siendo el Sujeto 2 quien mayor cambio obtuvo, bajando 14 puntos en el post-test.

Al contrario, los sujetos 1, 5 y 6 no presentaron cambios del pre-test al pos-test manteniéndose en una categoría alta es decir, sigue presente la idea irracional. Al analizar el caso particular del Sujeto 5, se puede decir que: Las profundas convicciones religiosas, dificultaron el proceso de intervención puesto que la participante mostraba resistencia frente a ciertas premisas de la reestructuración cognitiva, afirmando que “los cambios solo son producidos a través de la voluntad de Dios, si las normas existen es porque Dios las creó con un propósito y no se deben contradecir”.

Otra idea que tuvo cambio significativo fue *Necesidad de aprobación*, la cual después de la intervención presentó una disminución de 30.8 (pre-test) a 28.7 (post-test) equivalente a 2.1; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 1.773 para un $p < 0.1$.

Esta idea alude a la necesidad extrema del adulto por ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su entorno. Durante la intervención fue posible evidenciar que la situación de discapacidad genera en los participantes inseguridad y ansiedad; siendo necesario para ellos buscar continuamente la aprobación de familiares, amigos y conocidos como una forma de compensar sus miedos e inseguridades; sin embargo al finalizar el proceso algunos participantes habían tenido una recuperación significativa pues entendieron que no se debía eliminar el deseo de aprobación, sino anular las necesidades extremas de ser amado; esta situación logró que ellos recuperaran la confianza en sí mismos y por ende se redujo el puntaje en esta idea en el post-test.

Tabla No. 3. Puntajes pre test y post test de la idea Necesidad de aprobación.

ITEMS	NECESIDAD DE APROBACIÓN	
	Pre-test	Post-test
S1	26	26
S2	16	16
S3	27	30
S4	43	31
S5	39	36
S6	38	27
S7	38	39
S8	30	32
S9	33	35
S10	27	28
S11	26	25
S12	38	36
S13	27	18
S14	30	28
S15	34	35
S16	21	18
Total	493	460
Promedio	30,8	28,7

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 3* se observa a los sujetos que tuvieron un cambio notable del pre-test al pos-test para la idea *Necesidad de Aprobación*, siendo estos: 4, 5, 6, 12, 13; de los cuales el Sujeto 4 tuvo mayor cambio en esta idea, mostrando que aunque es deseable la aprobación de los demás, se debe buscar la felicidad en uno mismo para poder reflejarlo a los demás.

En esta idea los sujetos que tuvieron menos cambio fueron 1, 9 (quienes se mantienen en una categoría intermedia) y 7 quien se mantiene en una categoría alta.

En el caso del Sujeto 9, aunque fue participativo durante el proceso de intervención, factores como el desempleo causado por su lesión en el brazo derecho, le hacen sentir “inútil” debido a que no puede desempeñarse en su oficio de albañil, también se observa que existe ansiedad por su futuro, debido a que tanto él como sus familiares consideran que como está “dañado”, ya no puede realizar ninguna actividad y mucho menos lograr una recuperación.

Del mismo modo, en la idea *Territorialidad*, se observó una disminución de 36.4 (pre-test) a 34.4 (post-test) equivalente a 2.0; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 1.872 para un $p < 0.1$; esta idea hace referencia al profundo malestar que le produce al individuo la invasión de su espacio psicológico. Esto se pudo ver reflejado durante el proceso con los participantes, donde manifestaron sentirse prevenidos previo a la entrevista y aplicación de las pruebas; mejorando dicha situación al ser presentado el programa y el objetivo de éste. Durante el proceso, los participantes mostraron una modificación del pensamiento, manifestando que la expresión de sus problemáticas generaba un efecto terapéutico.

Tabla No. 4. Puntajes pre test y post test de la idea Territorialidad.

ITEMS	TERRITORIALIDAD	
	Sujetos	Pre-test
S1	36	36
S2	41	41
S3	30	32
S4	30	30
S5	41	35
S6	35	20
S7	35	32
S8	46	43
S9	36	30
S10	34	35
S11	31	33
S12	42	40
S13	42	41
S14	36	35
S15	31	33
S16	37	35
Total	583	551
Promedio	36,4	34,4

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 4* se observa que los sujetos 5, 6 y 16 tuvieron un cambio positivo siendo el primero el de mayor cambio, el participante al inicio de la intervención mostró prevención ante la posible invasión a sus creencias religiosas; pero en el proceso reconoció que el interés de las investigadoras era conocer su forma de pensar, sentir y actuar frente a distintas situaciones de su vida personal, lo que permitió que este sujeto fuera más franco y participativo en cada sesión.

Por otra parte, los sujetos que presentaron menor cambio en esta idea fueron 1 quien se mantuvo en una categoría intermedia y 2, 8, 12, 13 quienes se mantienen en una categoría alta.

En el caso del Sujeto 12 manifestó sentirse amenazado cuando alguien quiere saber mucho de su vida pues considera que entre más le conozcan, más daño le pueden hacer, por lo cual durante el proceso de intervención se encontraba “a la defensiva”.

Al igual que en la anterior, la idea *Auto – exigencia* mostró una disminución de 28.8 (pre-test) a 26.9 (post-test) equivalente a 1.9; al hacer la comparación con la prueba T, se halló un valor T de 1.916 para un $p < 0.1$; esta idea sugiere que para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles. Se percibió en los participantes la necesidad de realizar todas las actividades tal cual lo hacían antes del accidente o enfermedad desencadenante de la discapacidad, exigiéndose al máximo, buscando ser útiles y competentes; sin embargo, muchos de ellos manifestaron frustración al no poder realizar ciertas actividades igual que antes.

Si bien es cierto que existen algunas actividades que los participantes no volverán a desarrollar de la misma manera, el cambio del pensamiento presentado por estos los llevó a reconocer y aceptar que no es una necesidad vital ser competentes en todo; sino que se debe actuar bien para su propia satisfacción y superación.

Tabla No. 5. Puntajes pre test y post test de la idea Auto exigencia.

ITEMS	AUTO EXIGENCIA	
	Pre-test	Post-test
S1	22	22
S2	38	28
S3	26	28
S4	26	25
S5	27	27
S6	34	29
S7	38	34
S8	25	25
S9	27	26
S10	28	29
S11	26	18
S12	33	35
S13	28	20
S14	30	29
S15	27	28
S16	26	28
Total	461	431
Promedio	28,8	26,9

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 5* se observa que los sujetos 2, 7, 11 y 13 mostraron mayor cambio, siendo el Sujeto 2 el más significativo. A medida que el proceso de intervención avanzaba, el participante se mostró más comprometido en su recuperación manifestando querer superar los obstáculos actuales tanto físicos como emocionales.

Los sujetos que tuvieron menor cambio en esta idea fueron: 3, 10 y 12, continuando en una categoría intermedia. En el caso del Sujeto 3, fue evidente que estaba ansioso y temeroso al pensar en su futuro, debido a su situación de discapacidad (cuadripléjico), por tal motivo constantemente se exige más de lo que puede dar en busca de una pronta recuperación; sin embargo cuando sus intentos por realizar alguna actividad son fallidos se frustra y teme volver a intentarlo por miedo a una nueva decepción.

Otra idea que obtuvo cambio significativo fue *Dependencia/apego*, la cual disminuyó de 30.1 (pre-test) a 28.2 (post-test) equivalente a 1.9; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 1.942 para un $p < 0.1$; esta idea refiere que las personas dependen de los demás y necesitan a alguien más fuerte en quien confiar. En los participantes se pudo ver que esta idea irracional se ha hecho presente después de su discapacidad, puesto que antes eran totalmente autónomos e independientes y ahora debido a su nueva condición se sienten frágiles, desvalidos y desprotegidos, por lo cual se ha generado una exacerbada dependencia hacia sus familiares o cuidador para realizar actividades de la vida cotidiana, como bañarse.

El trabajo de modificación del pensamiento, permitió que los participantes reconocieran que si bien son relativamente dependientes, no hay una razón para que esta dependencia se maximice y se exija a los demás elegir o pensar por ellos; pues aunque necesitan colaboración para hacer ciertas actividades aun pueden ser autónomos en la toma de decisiones y en la realización de actividades.

Tabla No. 6. Puntajes pre test y post test de la idea Dependencia-apego.

ITEMS	DEPENDENCIA - APEGO	
	Pre-test	Post-test
S1	27	28
S2	37	33
S3	37	30
S4	25	23
S5	35	35
S6	33	26
S7	34	35
S8	31	25
S9	35	32
S10	34	28
S11	17	21
S12	28	30
S13	24	17
S14	31	32
S15	38	38
S16	16	19
Total	482	452
Promedio	30,1	28,2

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 6* se observa los sujetos que cambiaron positivamente (2, 3, 4 y 13) de los cuales los sujetos 3 y 13 bajaron 7 puntos en el post-test; donde el primero de ellos pasó de un nivel alto a intermedio y el segundo del nivel intermedio a no presentar la idea.

En el caso específico del Sujeto 3, después de su accidente, el cual lo dejó cuadripléjico, el vínculo con su progenitora se hizo más fuerte, convirtiéndose ésta en una necesidad vital para el participante, creando en él sentimientos de inseguridad, desconfianza y dependencia, durante la intervención se mostró más seguro para tomar decisiones y llevarlas a cabo poniendo la confianza en sí mismo.

Por el contrario, los sujetos 1, 5, 7 (categoría intermedia) y 15 (categoría alta) no obtuvieron cambio alguno del pre-test al pos-test.

En el caso del Sujeto 15, fue evidente desde el inicio del proceso que la relación con su pareja estaba pasando por un momento de crisis no solo a nivel emocional sino económico, situación que continuó empeorando hasta llegar a la separación de la pareja y de sus hijos, debido a ello el participante aunque se mostraba colaborador al principio del proceso a medida que su situación desmejoraba su colaboración y motivación frente a la intervención decaía. Por lo que si se observa la totalidad de las ideas, este participante fue quien menos cambios presentó.

Finalmente al retomar la *tabla No.1*, se observa que las ideas irracionales que menor cambio a nivel estadístico presentaron fueron: *Ansiedad por preocupación* y *Evitación de problemas*. Por una parte la idea de *Ansiedad por preocupación*, hace referencia a que existen peligros potenciales y que se debe estar preparado para solucionarlos, esto implica ansiedad anticipatoria. A raíz de la situación discapacitante, los participantes se muestran precavidos e inseguros con respecto a lo que puede ocurrir en el futuro, pues piensan que no poseen las herramientas necesarias para afrontarlo.

Lo cual ha impedido la modificación de esta idea, pues aunque es sabio prever la posibilidad de un peligro y evitarlo; el hecho de sentir ansiedad impide afrontarlo con éxito.

Por otro lado, la idea de *Evitación de problemas*, alude a la incapacidad que sienten los individuos para enfrentar los problemas, optando por evadirlos y no comprometerse con una solución. Durante el proceso, los participantes se mostraron indecisos ante la toma de decisiones que podrían afectar de alguna manera sus vidas; pues temen equivocarse y prefieren que sean otros quienes decidan por ellos.

7.2 ESCALA DE VALORACIÓN DE TÉRMINOS (EVT)

7.2.1 EVT Participantes

Tabla No. 7. Puntajes promedios EVT pre test y post test de los participantes.

TERMINOS	Pre-test	Post-test	Valor T	P. error
Marginado	2.8	3.3	2.449	0.027
Retrasado	2.3	3.8	4.070	0.001
Trastornado	2.6	4.1	4.243	0.001
Excepcional	3.6	4.4	2.782	0.014
Lisiado	3.2	3.9	3.149	0.007
Tullido	2.6	3.2	2.825	0.013
Minusválido	3.4	4.3	2.907	0.011
Con necesidades especiales	3.6	4.4	2.931	0.010
Enfermo	3.6	4.4	2.671	0.017
Anormal	3.2	4.0	2.657	0.018
Deficiente	2.9	3.5	2.058	0.057
Inadaptado	3.0	3.7	2.905	0.011
Invalido	3.2	3.8	3.093	0.007
Discapitado	3.6	4.7	3.171	0.006
Incapacitado	2.8	4.0	3.230	0.006
Desvalido	2.4	3.4	3.303	0.005
Disminuido	2.9	3.9	3.174	0.006
Mutilado	3.0	3.8	2.818	0.013
Subnormal	3.0	3.7	2.551	0.022
Impedido	2.8	3.8	3.529	0.003
PROMEDIO	3.0	3.9		

Fuente. El Autor

La tabla No. 7 presenta los puntajes promedios obtenidos por los pacientes en la aplicación pre-test y post-test para cada uno de los términos del EVT, además presenta los valores T de cada uno de los términos y el porcentaje de error.

Al observar los promedios totales de la prueba se evidencia un aumento de 3.0 (pre-test) a 3.9 (post-test) equivalente a 0.9. Nótese que a nivel general la mayoría de los términos tuvo cambio significativo del pre-test al post-test.

Los términos con mayor cambio positivo del pre-test al post-test fueron:

Retrasado, el cual después de la intervención aumentó de 2.3 (pre-test) a 3.8 (post-test) equivalente a 1.5; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 4.070 para un $p < 0.01$. Este término, hace referencia a una discapacidad de tipo cognitivo; sin embargo es comúnmente utilizado por las personas para referirse o denominar discapacidades de otro tipo, en este caso discapacidad física.

Tabla No. 8. Puntajes pre test y post test del término Retrasado.

TÉRMINO	RETRASADO	
	Sujetos	Pre-test
S1	1	5
S2	5	5
S3	2	4
S4	2	4
S5	1	4
S6	1	3
S7	2	4
S8	1	5
S9	5	5
S10	5	5
S11	5	5
S12	2	4
S13	1	2
S14	1	2
S15	2	2
S16	1	1
Total	37	60
Promedio	2,3	3,8

Fuente. El Autor.

La *tabla No. 8* muestra los sujetos que tuvieron un cambio positivo (1, 5 y 8), evidenciando que los participantes dejaron de ver este término como una ofensa que causa malestar. Por el contrario, aunque se explicó el significado de los términos a los participantes al momento de contestar la prueba, los sujetos 13, 14 y 16 mantuvieron la calificación negativa sobre el término pues aunque entienden y conocen el significado de ella, no lo aprueban porque es algo que toma tiempo aceptar, por las connotaciones negativas que le rodean (relación con retraso mental).

Otro término que tuvo un cambio significativo es *Trastornado*, el cual después de la intervención presentó un aumento de 2.6 (pre-test) a 4.1 (post-test) equivalente a 1.5; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 4.243 para un $p < 0.01$.

Es común que las personas asocien la discapacidad física con alteraciones o trastornos de tipo mental, por tal motivo terminan denominando a los discapacitados como trastornados.

Tabla No. 9. Puntajes pre test y post test del término Trastornado.

TÉRMINO	TRASTORNADO	
	Sujetos	Pre-test
S1	1	5
S2	5	5
S3	2	4
S4	3	5
S5	1	4
S6	1	4
S7	1	2
S8	1	5
S9	5	5
S10	5	5
S11	5	5
S12	2	4
S13	1	2
S14	1	2
S15	4	5
S16	4	4
Total	42	66
Promedio	2,6	4,1

Fuente: El Autor.

Al observar la *tabla No. 9* se evidencia que los sujetos 1, 5, 6, 8 tuvieron un cambio positivo en la valoración de este término.

Caso contrario ocurre con los sujetos 7, 13, 14, quienes mantuvieron una valoración negativa del pre-test al post-test.

Igualmente el término *Discapacitado*, después de la intervención evidenció un aumento de 3.6 (pre-test) a 4.7 (post-test) equivalente a 1.1; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 3.171 para un $p < 0.01$.

Tabla No. 10. Puntajes pre test y post test del término Discapacitado.

TÉRMINO	DISCAPACITADO	
	Sujetos	Pre-test
S1	1	4
S2	4	5
S3	3	5
S4	5	5
S5	5	5
S6	2	3
S7	2	4
S8	5	5
S9	5	5
S10	5	5
S11	5	5
S12	2	5
S13	1	5
S14	5	5
S15	4	5
S16	4	4
Total	58	75
Promedio	3,6	4,7

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 10* se observan los participantes que obtuvieron un cambio positivo, entre los cuales están: S1 y S13 quienes pasaron de darle un valor negativo a aceptar el término como el correcto para hacer referencia a su condición. Los otros participantes mantuvieron su valoración positiva hacia el término.

“Persona con discapacidad es la forma correcta de denominar a quienes tienen una discapacidad, reivindicando su condición de persona y por lo tanto con derechos y obligaciones, sentimientos, aspiraciones y necesidades como los tiene cualquier persona” (Llerena, 2002 p 15).

Otro término con cambio significativo es *Incapacitado*, el cual después de la intervención evidenció un aumento de 2.8 (pre-test) a 4.0 (post-test) equivalente a 1.2; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 3.230 para un $p < 0.01$. La condición de discapacidad generalmente es asociada con la incapacidad para desarrollar actividades de la vida cotidiana.

Tabla No. 11. Puntajes pre test y post test del término *Incapacitado*.

TÉRMINO	INCAPACITADO	
	Sujetos	Pre-test
S1	1	2
S2	4	5
S3	2	5
S4	5	5
S5	1	2
S6	1	5
S7	1	4
S8	1	5
S9	4	4
S10	5	5
S11	5	5
S12	3	3
S13	1	2
S14	2	3
S15	4	4
S16	5	5
Total	45	64
Promedio	2,8	4,0

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 11* se observa que los participantes 6, 7, 8 tuvieron un cambio positivo del pre-test al post-test; aunque este término comúnmente es relacionado con la discapacidad, ellos pueden continuar desarrollando actividades que anteriormente

realizaban; en cambio, los sujetos 1, 5, 13, persistieron en una calificación negativa del término.

Finalmente, el término *Desvalido*, después de la intervención evidenció un aumento de 2.4 (pre-test) a 3.4 (post-test) equivalente a 1.0; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 3.303 para un $p < 0.01$. Este término es asociado con la situación de dependencia del discapacitado, pues se considera que no puede valerse por sí mismo sino que necesita de otros para sobrevivir.

Tabla No. 12. Puntajes pre test y post test del término Desvalido.

TÉRMINO	DESVALIDO	
	Sujetos	Pre-test
S1	1	4
S2	4	5
S3	2	4
S4	5	5
S5	1	4
S6	2	5
S7	1	1
S8	1	1
S9	5	5
S10	5	5
S11	5	5
S12	1	2
S13	1	1
S14	1	2
S15	2	2
S16	2	4
Total	39	55
Promedio	2,4	3,4

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 12* se observa que los sujetos 1, 5, 6 obtuvieron un cambio positivo en la valoración de este término. Sin embargo, los sujetos 7, 8, 12, 13, 14, 15, siguen pensando que este término es muy negativo.

Al hacer la comparación con la prueba T, el termino que presentó menor cambio es *Deficiente*, el cual obtuvo un valor $p < 0.1$, esto se pudo ver reflejado en los participantes quienes al no desarrollar algunas actividades igual que antes, se perciben y se definen como deficientes.

7.2.2 EVT Familiares

Tabla No. 13. Puntajes promedios EVT pre test y post test de los familiares.

TERMINOS	Pre-test	Post-test	Valor T	P. error
Marginado	1.6	2.6	6.745	0.000
Retrasado	1.7	2.6	3.122	0.008
Trastornado	1.7	2.7	3.180	0.007
Excepcional	3.1	3.8	2.223	0.045
Lisiado	2.1	2.9	3.122	0.008
Tullido	2.0	2.6	1.979	0.069
Minusválido	2.7	3.4	2.924	0.012
Con necesidades especiales	3.0	3.7	1.859	0.086
Enfermo	2.7	4.0	3.479	0.004
Anormal	2.1	2.8	3.238	0.006
Deficiente	2.1	2.9	2.474	0.028
Inadaptado	2.1	2.9	3.294	0.006
Invalido	2.7	3.4	3.229	0.007
Discapacitado	3.3	4.1	1.557	0.144
Incapacitado	2.0	3.3	4.225	0.001
Desvalido	2.5	3.4	2.414	0.031
Disminuido	2.0	2.8	2.797	0.015
Mutilado	1.6	2.5	2.280	0.040
Subnormal	1.9	2.5	3.229	0.007
Impedido	2.0	3.1	3.663	0.003
PROMEDIO	2.25	3.10		

Fuente. El Autor

La tabla No. 13 presenta los puntajes promedios obtenidos por los familiares en la aplicación del pre-test y post-test para cada uno de los términos del EVT, además presenta los valores T de cada uno de los términos y el porcentaje de error.

Al observar los promedios totales de la prueba antes y después del proceso de intervención se evidencia un aumento de 2.25 (pre-test) a 3.10 (post-test) equivalente a 0.85.

A continuación se presentan los términos que obtuvieron mayor cambio positivo del pre-test al post-test:

Marginado, después de la intervención se evidenció un aumento de 1.6 (pre-test) a 2.6 (post-test) equivalente a 1.0; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 6.745 para un $p < 0.00$.

Al inicio del proceso los familiares percibían el término como algo negativo para su familiar, pues debido a la condición de discapacidad sienten como han sido discriminados por otros negándoles la posibilidad de pertenecer a la sociedad o conseguir un trabajo para el cual están capacitados.

Tabla 14. Puntajes pre test y post test del término *Marginado*.

TÉRMINO	MARGINADO	
	Pre-test	Post-test
S1	1	2
S2	2	3
S3	1	1
S4	1	2
S5	1	2
S6	1	2
S7	1	2
S8	1	2
S9	1	2
S10	5	5
S11	2	4
S12	1	2
S13	2	4
S14	2	3
S15		
S16	S.F	S.F
Total	22	36
Promedio	1,6	2,6

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 14* se puede observar que los sujetos 11 y 13 tuvieron un cambio positivo en la valoración del término; sin embargo, como se puede notar la mayoría de los participantes mantienen este término con una calificación negativa.

De igual manera, el termino *Trastornado*, después de la intervención evidencia un aumento de 1.7 (pre-test) a 2.7 (post-test) equivalente a 1.0; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 3.180 para un $p < 0.01$.

Este término es comúnmente asociado a la discapacidad, puesto que en algunos casos dependiendo del tipo de accidente o lesión sufrida por la persona puede presentar alteraciones o trastornos de tipo mental, por tal motivo terminan denominando a las personas con discapacidad como trastornados.

Tabla No. 15. Puntajes pre test y post test del término Trastornado.

TÉRMINO	TRASTORNADO	
	Sujeto	Pre-test
S1	1	2
S2	2	5
S3	1	1
S4	1	5
S5	1	2
S6	2	2
S7	2	2
S8	2	2
S9	1	2
S10	5	5
S11	1	2
S12	1	2
S13	3	4
S14	1	2
S15		
S16	S.F	S.F
Total	24	38
Promedio	1,7	2,7

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 15* se puede observar que los sujetos 2 y 4 tuvieron un cambio positivo en la valoración de este término sin embargo, la mayoría de los familiares mantienen una calificación negativa de éste.

Así mismo, el termino *Enfermo*, el cual después de la intervención evidenció un aumento de 2.7 (pre-test) a 4.0 (post-test) equivalente a 1.3; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 3.479 para un $p < 0.01$. Debido a las constantes visitas médicas que deben realizar los participantes para su proceso de rehabilitación, es usual que los familiares asocien este término con discapacidad.

Tabla No. 16. Puntajes pre test y post test del término Enfermo.

TÉRMINO	ENFERMO	
	Sujetos	Pre-test
S1	5	5
S2	4	5
S3	1	5
S4	1	5
S5	2	4
S6	5	5
S7	1	2
S8	2	4
S9	1	2
S10	5	5
S11	5	5
S12	2	2
S13	2	4
S14	2	3
S15		
S16	S.F	S.F
Total	38	56
Promedio	2,7	4,0

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 16* se puede observar que los sujetos 3, 4, 5, 8 y 13 tuvieron un cambio positivo en la valoración de este término, los familiares manifestaron que aunque el participante presenta dificultades para la realización de algunas actividades, su estado de salud es bueno. Los sujetos 7, 9 y 12 mantuvieron su percepción negativa de este término.

Otro término que tuvo cambio fue *Incapacitado*, el cual después de la intervención se evidenció un aumento de 2.0 (pre-test) a 3.3 (post-test) equivalente a 1.3; al hacer la comparación con la prueba T se halló un valor T de 4.225 para un $p <$

0.01. Antes de la intervención, los familiares percibían a los participantes como personas incapaces de realizar actividades de la vida cotidiana por lo que debían ser asistidos, pues estos no estaban en condiciones de realizarlas por ellos mismos.

Tabla No. 17. Puntajes pre test y post test del término Incapacitado.

TÉRMINO	INCAPACITADO	
	Sujetos	Pre-test
S1	2	4
S2	1	5
S3	1	1
S4	1	4
S5	1	2
S6	4	5
S7	1	2
S8	2	4
S9	1	2
S10	5	5
S11	5	5
S12	1	2
S13	1	2
S14	2	3
S15		
S16	S.F	S.F
Total	28	46
Promedio	2,0	3,3

Fuente. El Autor

En la tabla No. 17 se puede observar que los sujetos 2 y 4 tuvieron un cambio positivo en la valoración de este término. Sin embargo, algunos de los familiares mantienen una calificación negativa de este.

Igualmente, el término *Impedido*, el cual después de la intervención evidenció un aumento de 2.0 (pre-test) a 3.1 (post-test) equivalente a 1.1; al hacer la

comparación con la prueba T se halló un valor T de 3.663 para un $p < 0.01$. La imposibilidad de realizar algunos movimientos o actividades como consecuencia de algún problema físico, hace que los familiares relacionen este término con discapacidad.

Tabla 18. Puntajes pre test y post test del término Impedido.

TÉRMINO	IMPEDIDO	
	Pre-test	Post-test
S1	5	5
S2	4	5
S3	1	1
S4	1	5
S5	1	2
S6	1	4
S7	1	2
S8	1	3
S9	1	2
S10	5	5
S11	1	2
S12	3	4
S13	1	2
S14	2	2
S15		
S16	S.F	S.F
Total	28	44
Promedio	2,0	3,1

Fuente. El Autor.

En la *tabla No. 18* se puede observar que los sujetos 4 y 6 tuvieron un cambio positivo en la valoración de este término. Sin embargo, los sujetos 3, 5, 7, 9, 11, 13, 14 y 15 mantienen una calificación negativa de este.

Al hacer la comparación con la prueba T, el término que no presentó cambio significativo del pre-test al post-test fue *Discapacitado*, pues la mayoría de los sujetos están de acuerdo en que este término es el apropiado para denominar a sus familiares.

7.3 ÍNDICE DE BARTHEL

Tabla No. 19. Puntajes promedios por ítems Índice de Barthel pre test y post test de los participantes.

ITEMS	PROMEDIOS	
	Pre-test	Post-test
Comida**	9,06	9,06
Lavado (baño)*	4,06	4,06
Vestido**	8,75	9,06
Arreglo*	4,06	4,69
Deposición**	9,06	9,38
Micción**	8,75	9,06
Ir al retrete**	8,13	8,75
Transferencia (traslado cama/sillón)*****	12,81	13,44
Deambulaci3n***	11,56	11,56
Subir y bajar escaleras**	5,63	6,88
PROMEDIO	8.18	8.59

* Estas actividades tienen un puntaje m3nimo de 0 y m3ximo de 5

** Estas actividades tienen un puntaje m3nimo de 0 y m3ximo de 10

*** Estas actividades tienen un puntaje m3nimo de 5 y m3ximo de 15

**** Estas actividades tienen un puntaje m3nimo de 0 y m3ximo de 15

Fuente. El Autor.

La tabla No. 19 presenta los puntajes promedios obtenidos por los participantes en el pre-test y post-test de la prueba BARTHEL en cada una de las 3reas evaluadas, la cual hace referencia a las actividades b3sicas de la vida diaria; al observar los promedios totales de todas los 3tems antes y despu3s de la intervenci3n se evidencia un cambio positivo obteniendo un promedio total de 8.18 (pre-test) y de 8.59 (post-test).

En lo concerniente a la prueba BARTHEL a nivel general se encontró que en cuanto a las actividades correspondientes al arreglo personal (vestido y arreglo), el control de esfínteres (deposición, micción e ir al retrete) y desplazamiento (traslado cama/sillón y subir y bajar escaleras) hay un cambio positivo del pre-test al post-test; evidenciándose un avance.

Tabla No. 20. Puntajes directos por sujetos Índice de Barthel pre test y post test.

Sujetos	Pre- Test	Incapacidad Funcional	Post-test	Incapacidad Funcional
S1	75	Moderada	80	Ligera
S2	45	Grave	65	Moderada
S3	0	Severa	0	Severa
S4	100	Ligera	100	Ligera
S5	100	Ligera	100	Ligera
S6	70	Moderada	80	Ligera
S7	95	Ligera	100	Ligera
S8	95	Ligera	95	Ligera
S9	100	Ligera	100	Ligera
S10	95	Ligera	95	Ligera
S11	100	Ligera	100	Ligera
S12	85	Ligera	90	Ligera
S13	95	Ligera	100	Ligera
S14	80	Ligera	80	Ligera
S15	90	Ligera	90	Ligera
S16	85	Ligera	100	Ligera

PROMEDIO	81.87
----------	-------

85.93	PROMEDIO
-------	----------

Fuente. El Autor

En la tabla No. 20 se pueden observar los puntajes obtenidos por cada uno de los participantes en la prueba BARTHEL antes y después de la intervención y la respectiva categoría en la que se encuentran ubicados. Nuevamente se muestra una tendencia general hacia el aumento de los puntajes lo cual se evidencia en los

cambios obtenidos en los promedios 81.87 (pre-test) 85.93 (post-test). Al hacer la comparación con la prueba T arrojo un valor T de 2.657 para un $p < 0.05$.

Al observar la tabla anterior se evidencian cambios positivos en los siguientes sujetos; S1 que en el pre-test obtuvo un puntaje de 75 (Moderada) y en el post-test 80 (Ligera) en su incapacidad funcional, evidenciándose un avance de 5 puntos con respecto a la primera evaluación. En cuanto a comida, lavado, arreglo personal, micción, ir al baño, transferencia, deambulaci3n, subir y bajar escaleras, el participante manifiesta ser independiente para la realizaci3n de dichas actividades. En lo referente a la deposici3n disminuyeron los accidentes ocasionales manifestados por el paciente en el pre-test.

Del mismo modo el Sujeto 2 que en el pre-test obtuvo un puntaje de 45 (Grave) y en el post-test 65 (Moderada) en su incapacidad funcional, evidenciándose un avance de 20 puntos con respecto a la primera evaluaci3n. En cuanto a comida, arreglo personal, deposici3n, micci3n, el participante manifiesta ser independiente para la realizaci3n de dichas actividades. En lo referente a lavado, vestido, ir al ba1o, transferencia, deambulaci3n, subir y bajar escaleras se evidencia en el sujeto la necesidad de un acompa1amiento por parte de otra persona, para la realizaci3n de estas actividades debido a que la lesi3n sufrida en el accidente automovilístico se localiza en miembros inferiores lo que le impide el desplazamiento.

Igualmente el Sujeto 6 que en el pre-test obtuvo un puntaje de 70 (Moderada) y en el post-test 80 (Ligera) en su incapacidad funcional, evidenciándose un avance de 10 puntos con respecto a la primera evaluaci3n. El participante manifiesta ser independiente en lo referente a comida, vestido, arreglo personal, deposici3n, micci3n y transferencia. Sin embargo, en actividades como lavado, ir al ba1o,

deambulaci3n, subir y bajar escaleras necesita la colaboraci3n de alg3n familiar puesto que en la actualidad se encuentra limitado a la silla de ruedas.

Por el contrario se observ3 que el solo el Sujeto 3 se mantuvo sin ning3n cambio, con un puntaje de 0 (Severa) en el pre-test y en el post-test 0 (Severa) en su incapacidad funcional, consider3ndose al participante totalmente dependiente de otros en la realizaci3n de todas las actividades evaluadas en el 3ndice de Barthel. Esta situaci3n se debe a que el sujeto es cuadripl3jico.

7.4 Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER (FAQ)

Tabla No. 21. FAQ pre test y post test de los familiares.

ITEMS	Pre-test	Post-test	Valor T	P. de error
Maneja su propio dinero?	0,33	0,27	1.000	0.334
Puede hacer solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas de la casa)?	1,20	0,93	2.256	0.041
Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar el fuego?	1,27	0,87	1.702	0.111
Puede hacerse solo/a la comida?	1,40	0,93	1.974	0.068
Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su comunidad?	0,07	0,00	1.000	0.334
Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas?	0,20	0,20	0.000	0.000
Recuerda si queda con alguien, las fiestas familiares (cumpleaños, aniversarios), los días festivos?	0,27	0,00	1.468	0.164
Es capaz de manejar su propia medicación?	0,33	0,13	1.871	0.082
Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?	1,13	1,13	0.000	0.000
Saluda apropiadamente a sus amistades?	0,07	0,00	1.000	0.334
Puede salir a la calle solo/a sin peligro?	1,33	1,13	1.382	0.189
PROMEDIO	0.69	0.51		

Fuente. El Autor

La tabla No. 21 presenta los puntajes promedios obtenidos en el pre-test y post-test del FAQ en cada uno de los ítems, el cual es aplicado al familiar/cuidador de los participantes.

Al observar los promedios totales de todas los ítems antes y después de la intervención se encontró una tendencia general a cambios positivos, lo cual se evidencia en una disminución del promedio total de 0.69 (pre-test) a 0.51 (post-test). Lo anterior indica que los familiares percibieron a los participantes más funcionales al finalizar el proceso.

Como se puede observar los aspectos que presentaron mayores cambios positivos fueron: La capacidad de realizar compras (alimentos, ropa, cosas de la casa) sol@, obteniendo en el pre-test un promedio de 1.20 y en el post-test 0.93 al hacer la comparación con la prueba T arrojó un valor T de 2.256 para un $p < 0.05$.

De igual modo el ítem que hace referencia a la preparación de alimentos presentó cambio del pre-test al post-test obteniendo un promedio de 1.40 (pre-test) a 0.93 (post-test) al hacer la comparación con la prueba T arrojó un valor T de 1.974 para un $p < 0.1$.

El tercer ítem, hace referencia a la capacidad de manejar su propia medicación, el cual presento en el pre-test un promedio de 0.33 y en el post- test 0.13, al hacer la comparación con la prueba T arrojó un valor T de 1.871 para un $p < 0.1$.

Caso contrario ocurrió con el ítem que hace referencia a la capacidad de viajar solo fuera de su barrio y volver a casa, que no presentó cambio manteniendo un promedio de 1.13 del pre-test al post-test. Así mismo el ítem relacionado con prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas, no tuvo cambio en su promedio del pre-test al post-test manteniéndose en 0.20.

Tabla No. 22. Puntajes directos por sujetos FAQ pre test y post test.

Sujetos	Pre- test	CATEGORIA	Post-test	CATEGORIA
S1	10	Alteración funcional	9	Alteración funcional
S2	18	Alteración funcional	17	Alteración funcional
S3	18	Alteración funcional	18	Alteración funcional
S4	10	Alteración funcional	8	Alteración funcional
S5	5	Normal	3	Normal
S6	13	Alteración funcional	7	Alteración funcional
S7	2	Normal	0	Normal
S8	2	Normal	1	Normal
S9	6	Neutro	2	Normal
S10	5	Normal	3	Normal
S11	1	Normal	0	Normal
S12	3	Normal	1	Normal
S13	6	Neutro	0	Normal
S14	10	Alteración funcional	10	Alteración funcional
S15	5	Normal	3	Normal
PROMEDIO	7.60		5.46	PROMEDIO

Fuente. El Autor

En la *tabla No. 22* se pueden observar los puntajes obtenidos por cada uno de los participantes en la prueba FAQ antes y después de la intervención y la respectiva categoría en la que se encuentran ubicados. Nuevamente se muestra una tendencia general hacia la disminución de los puntajes lo cual se evidencia en los cambios obtenidos en los promedios 7.60 (pre-test) 5.46 (post-test). Al hacer la comparación con la prueba T se encontró un $p < 0.01$.

También, se evidencia que los participantes con mayor cambio positivo fueron los sujetos 9 y 13.

En el caso del Sujeto 9, que en el pre-test obtuvo un puntaje de 6 (Neutro) y en el post-test 2 (Normal), se evidencia un avance de 4 puntos con respecto a la primera evaluación; su familiar manifiesta que el participante es independiente para la realización de actividades tales como manejo de su propio dinero, realizar compras, estar al tanto de noticias del barrio y prestar atención a programas de TV, recordar si se queda con alguien, fechas especiales, manejar su medicación, desplazarse solo fuera de su casa y saludar apropiadamente. Caso contrario sucede con actividades como prepararse alimentos y apagar el fuego, las cuales realiza con dificultad debido a su lesión del nervio radial a nivel del codo.

Por otra parte el Sujeto 13, que en el pre-test obtuvo un puntaje de 6 (Neutro) y en el post-test 0 (Normal), evidenciándose un avance de 6 puntos con respecto a la primera evaluación; el familiar manifiesta que el participante actualmente es independiente para realizar todas las actividades descritas en la prueba.

Aunque existe un avance significativo en los participantes del pre-test al post-test se identificó que en muchos casos la incapacidad de realizar dichas actividades estaba limitada por los familiares, quienes ante el temor de una recaída preferían asumirlas.

8. DISCUSION

En este apartado del documento se contrastará la teoría utilizada en el desarrollo de la investigación con los resultados de la misma. De igual forma, se hará un análisis de la confiabilidad y la validez del estudio.

En primera instancia se abordarán las estadísticas existentes con referencia a la discapacidad. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (2008), en el mundo existen 650 millones de personas en situación de discapacidad; al incluirse a los miembros de la familia que están directamente afectados por la discapacidad el número aumentaría a 2.000 millones, lo que equivaldría a un tercio de la población mundial. En Colombia, de acuerdo con el Censo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2005) por cada 100 colombianos, 6.3 tiene una limitación permanente. En el departamento de Santander la población total es de 2.057.789, de los cuales 137.872 que equivale al 6.7% presentan alguna limitación permanente (DANE, 2005).

En lo referente a la presente investigación, la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Universitario de Santander brinda atención de rehabilitación para víctimas de minas antipersonal, o que sufren algún tipo de discapacidad generada por la violencia. En el año 2006 y durante el primer semestre de 2007, el hospital realizó 2.201 procedimientos que requirieron de prótesis y otros aparatos ortopédicos (Embajada Japón, 2008). Así mismo se han tratado 196 casos de Enfermedad de Hansen (Lepra) en el departamento de los cuales 30 presentan discapacidad producto de esta enfermedad (Observatorio Salud Publica de Santander, 2008).

Un segundo aspecto a trabajar es el referente a la clasificación de la discapacidad; por consiguiente se tomó la clasificación desarrollada por la OMS conocida como Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual agrupa las deficiencias en categorías, teniendo presente la multiplicidad que existe dentro de cada una.

En el caso de la muestra del estudio, se trabajó específicamente con personas que presentan algún tipo de discapacidad física. Al aplicar el Índice de Barthel se encontró que en la mayoría de los participantes, la movilidad no estaba afectada en su totalidad, lo cual les permitía ser independientes en la realización de ciertas actividades tales como desplazarse (traslado cama/sillón y subir y bajar escaleras), realizar su arreglo personal (vestido y arreglo) y el control de esfínteres (deposición, micción e ir al retrete); sin embargo, aunque al interior de su hogar se sientan “independientes”, en Santander los espacios públicos no se encuentran acondicionados para sillas de ruedas, muletas u otro aparato ortopédico que requieren las personas en esta condición, enfrentándolos a una problemática mayor, la restringida accesibilidad laboral.

A través del contacto personal con los participantes, se identificó una inminente preocupación frente al futuro personal y familiar, debido a las escasas oportunidades laborales acordes con su preparación académica o sus habilidades, afectando la calidad de vida; esto se suma a la dificultad para moverse (dentro y fuera de su localidad), el acceso a recintos, edificaciones, espacios públicos y medios de transporte que aun no se encuentran acondicionados para su uso, limitándolos en la utilización de productos y servicios. Es así que, aunque desde los entes gubernamentales se han desarrollado leyes, campañas y actividades que promueven la inclusión de las personas en situación de discapacidad, aun existen creencias en la

sociedad “capacitada” que limitan al discapacitado a la realización de oficios tales como vender lotería o cuidar carros.

Otro de los aspectos de gran relevancia para el estudio es el relacionado con las creencias del discapacitado, ya que a nivel psicológico existen limitaciones que nacen del individuo (esquema cognitivo) las cuales tiene su raíz en dos tipos de respuestas emocionales: a) la no manifestación de respuestas adaptativas (Depresión), b) evitación de respuestas adaptativas (ansiedad) (Confederación de Personas con Discapacidad física y orgánica de Castilla y León COCEMFE CYL, 2005).

Es así que las personas con discapacidad interiorizan actitudes que la sociedad tiene hacia la condición de discapacidad, construyendo una percepción equivocada de sí mismos. Cuando “se cree” se dice que estas nociones han sido interiorizadas y que esta interiorización se realiza sin analizar si es cierto o falso. (Novel y cols, 2000). Las actitudes que exprese el discapacitado dependerán en gran medida de cómo este afronte la situación de discapacidad; siendo así el individuo puede asumir una actitud pasiva (falta de empeño para adaptarse) o activa (busca alternativas que le permitan afrontar la situación).

Existe una serie de concepciones infundadas en torno a la discapacidad, que han sido aceptadas por la sociedad pero aun no tienen una fundamentación suficiente. Entre estas pueden citarse las siguientes:

1- “Las actitudes y expectativas de los otros tienen un enorme poder y unos efectos negativos en la conducta de las personas con discapacidad.

2- Las actitudes hacia las personas con discapacidad son negativas.

3- Las actitudes negativas se basan en la falta de experiencia o en la desinformación.

4- La persona con discapacidad presenta un bajo auto-concepto.

5- Las actitudes hacia las personas con discapacidad están mejorando.

6- Las personas con discapacidad y sus familias deben aprender a aceptar sus discapacidades.

7- Quienes trabajan con personas con discapacidad presentan unas creencias y actitudes más favorables hacia ellos.

8- Las personas que mantienen concepciones más progresistas sobre los demás son más favorables hacia las personas con discapacidad.

9- Las actitudes negativas llevan a una conducta de rechazo hacia las personas con discapacidad” (Jones y Guskin 1984, págs. 17 – 23)

En el caso de los participantes de la investigación, al hacer la primera aplicación del Inventario de Ideas Irracionales IBT (Ellis, 1962) se evidenció que los sujetos se caracterizaban por ser personas “conservadoras” en cuanto al cumplimiento de las normas, manifestando que si hubiesen obedecido las normas impuestas en su hogar y en la sociedad no estarían pasando por la situación discapacitante (Normatividad); así mismo, fue posible evidenciar que los participantes estaban en una búsqueda constante de aprobación por parte de familiares, amigos y conocidos para compensar los miedos e inseguridades (Necesidad de aprobación).

Por otra parte, manifestaron sentirse prevenidos durante la entrevista y posterior aplicación de la batería de pruebas, pues consideraban que se estaba invadiendo su espacio (Territorialidad). Del mismo modo al comienzo de la investigación manifestaron frustración por no poder realizar ciertas actividades igual que antes (Auto-exigencia). Finalmente, se observó que debido a la nueva condición los participantes se sentían frágiles, desvalidos y desprotegidos, generando una

exacerbada dependencia hacia sus familias para realizar ciertas actividades (Dependencia /apego).

Por su parte, al realizar la aplicación de la Escala de Valoración de Términos EVT (Aguado, A y Alcedo, M, 1999), se pudo evidenciar que algunas de las palabras de la prueba en el pre-test (retrasado, trastornado, incapacitado, desvalido, deficiente y discapacitado) causaban mayor malestar que otras en los individuos, pues aunque ellos entendían y conocían el significado no las aprueban porque es algo que toma tiempo aceptar, por las connotaciones negativas que les rodean. Lo anterior, se pudo observar en las sesiones de intervención en donde los sujetos manifestaban actitudes negativas hacia sí mismos pues se percibían como incapaces, desvalidos, culpables, preocupados, generando en algunos de ellos ansiedad y depresión frente a su nueva situación y sobre todo frente al futuro.

Otro aspecto a tratar en este apartado, es el concerniente a intervención, las investigaciones muestran que con respecto a discapacitados, ésta se encamina al acompañamiento terapéutico en busca de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, importante para realizar actividades básicas de la vida diaria. El tratamiento se centra en el trabajo con sentimientos, problemas, necesidades, siendo la terapia cognitiva la que ha arrojado resultados positivos en el tratamiento de estos pacientes (Ortiz, 2007).

Durante el proceso de intervención se busca identificar las situaciones que propician la aparición de sentimientos negativos o que los refuerzan con el fin de modificar los esquemas cognitivos a partir de la desarticulación de éstos y el fortalecimiento de aquellos pensamientos, comportamientos y sentimientos sanos aun presentes en la personas en situación de discapacidad; solo así reconocerán que aunque no pueden realizar algunas actividades igual, aún conservan habilidades y

destrezas que les permiten ser independientes, modificando el concepto y percepción que tienen de sí mismo, mejorando así su calidad de vida (Trujillo, 2005).

La presente investigación fundamentó su proceso de intervención en la Terapia Racional Emotiva de Ellis, la cual tiene como objetivo detectar y modificar las actitudes e ideas irracionales presentes en los individuos, por creencias más acordes con la realidad; para lograr dicho objetivo esta terapia se centra en la interpretación que hacen las personas ante un hecho o situación y que determinan la respuesta emocional (positiva o negativa) y la conducta (Sánchez & Sánchez, 1992); es decir como la forma de pensar determina el sentir y el actuar.

Durante el proceso de intervención, al utilizar los diarios de autorregistro y sobre todo después de la aplicación de la técnica de la triple columna, era satisfactorio notar en los participantes un cambio en su forma de pensar frente a determinadas situaciones, sentimientos o reacciones pues después de leer lo que habían escrito días atrás, ellos mismos manifestaban frases como “no debí actuar así”, “lo que sucedió no fue tan grave”, o simplemente se reían con sus anotaciones, lo cual permitió que ellos se dieran cuenta que habían otra forma de resolver los conflictos tanto personales como del entorno.

Con respecto al tratamiento, al hacer la aplicación pos-test del inventario de ideas irracionales IBT de Ellis (1962), para evaluar los efectos de la terapia, se observó un cambio positivo a nivel general de los resultados del pre-test al post-test; así mismo, de las 13 ideas evaluadas, se evidenció que las referentes a Normatividad, Necesidad de aprobación, Territorialidad, Auto-exigencia y Dependencia/apego tuvieron mayor cambio; la idea de normatividad, se desvirtuó en ellos al reconocer que algunas normas no son absolutas. En cuanto a la necesidad de ser aprobados, al

finalizar el proceso comprendieron que no se debe eliminar el deseo de aprobación, sino la necesidad extrema de ser aceptado; recuperando la confianza en sí mismos.

Del mismo modo, en lo referente a la territorialidad los participantes encontraron que con solo expresar sus problemas se genera en ellos un efecto terapéutico; en lo concerniente a la auto-exigencia se evidenció un cambio en el pensamiento de los participantes al reconocer y aceptar que no es vital ser competente en todo; sino que debe actuar para su propia satisfacción y superación. Finalmente en la idea dependencia/apego, reconocieron que aunque necesitan ayuda para realizar ciertas actividades aún son autónomos en la toma de decisiones y en la realización de actividades y no existen razones para que esta dependencia se maximice.

Por otra parte, las ideas irracionales que obtuvieron menor cambio en la prueba, fueron ansiedad por preocupación y evitación de problemas. Esto se puede deber a que a raíz de la situación discapacitante, los participantes muestran mayor precaución e inseguridad con respecto a lo que puede ocurrir en el futuro, pues sienten que no poseen las herramientas necesarias para afrontarlo. Así mismo, durante el proceso los participantes se mostraron indecisos ante la toma de decisiones importantes que podría afectar de alguna manera sus vidas, temiendo equivocarse y dejando que sean otros quienes decidan por ellos. Por lo tanto es necesario trabajar en estas áreas para lograr el cambio en dichas ideas.

Al aplicar la Escala de Valoración de Términos EVT (Aguado, A y Alcedo, M, 1999), se evidenció en el post-test que términos como retrasado y trastornado, son utilizados por las personas, asociando la discapacidad física con alteraciones o trastornos de tipo mental; así mismo los términos incapacitado, desvalido y deficiente son relacionados con la discapacidad, pues se considera que la persona en

esta situación no puede valerse por sí mismo, sino que necesita de otros para sobrevivir. Cabe resaltar que en un primer momento el término discapacitado, era valorado negativamente por los participantes, debido a la mal interpretación y uso de esta palabra. Todos estos términos presentaron un cambio positivo en el post-test, solo el término deficiente presentó menor cambio en relación con los demás.

La prevalencia de la discapacidad ha ido en aumento de forma progresiva, esto no solo como consecuencia de enfermedades discapacitantes, accidentes, violencia, minas, sino también al incremento de las expectativas de vida, puesto es común ver que discapacitados lleguen a edades avanzadas lo que agrava la situación pues la vejez además de asociarse con discapacidad también se relaciona con una pluralidad de patologías tanto biológicas, sociales y psicológicas que incapacitan y desmejoran aun mas al individuo. Es así que una de las finalidades de la psicología en este tema es la elaboración de estrategias de intervención al adulto mayor discapacitado y su familia, con el fin de facilitar el proceso de rehabilitación permitiendo tener cierto grado de autonomía (dependiendo de la discapacidad y las patologías presentes), reforzando aquellas habilidades y destrezas que le permiten ser independiente y modificando el concepto y la percepción de sí mismo en lo personal y lo social.

De igual forma, el acompañamiento a las familias es vital puesto que el proceso de recuperación es mucho mejor si se cuenta con una buena red de apoyo que por supuesto debe estar encabezada por los miembros de la familia quienes brindan apoyo, cuidados y atención facilitando la adaptación del individuo.

Es importante resaltar que la discapacidad, no solo afecta al individuo que presenta esta condición; sino también a sus familiares, generando factores como la dependencia producto de la limitación, ansiedad, depresión, alteración del estado de salud y la modificación de roles; por tal motivo los modelos han cambiando,

ampliando la intervención hacia los familiares/cuidadores, incluyendo también a los profesionales y su círculo social, siendo así una intervención de tipo interdisciplinar. Desde la psicología se aportan conocimientos, técnicas e instrumentos avalados científicamente, para la realización de procesos de intervención eficaces.

Cuando se lleva a cabo el proceso de intervención con los familiares (padres, hermanos, cónyuges o hijos) de personas en situación de discapacidad, es importante como primera medida, indagar si existe algún antecedente a nivel familiar, con el fin de evaluar el impacto del evento en la familia; de existir familiares en estado similar será de gran ayuda para el proceso; de lo contrario es fundamental trabajar en la reestructuración de ideas, creencias y sentimientos irracionales que puedan estar presentes frente a la discapacidad; con el fin de lograr que el familiar/cuidador proporcione a la persona en situación de discapacidad la atención y el cuidado necesarios, bajando los niveles de ansiedad y estrés desencadenados por el evento y facilitando así la adaptación del individuo (Ortiz, 2007)

Al evaluar la situación familiar, social y personal de los participantes se pudo evidenciar que se encontraban en un proceso de adaptación, reorganización y asignación de los roles debido a la situación de discapacidad de un miembro de la familia. Entre las pruebas utilizadas con los familiares se encuentra el Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER FAQ (Pfeffer y cols, 1982), el cual muestra en los promedios totales una tendencia general a cambios positivos del pre-test al post-test, indicando que los familiares al finalizar el proceso percibieron a los participantes más funcionales. Entre los aspectos que presentaron mayor cambio están, la capacidad de realizar compras sol@, preparación de alimentos y capacidad de manejar su propia medicación; caso contrario ocurrió con el ítem capacidad de viajar solo fuera de su barrio y volver a casa el cual mantuvo su promedio. Aunque

existe un avance significativo en los participantes del pres-test al post-test, se identificó que en muchos casos la capacidad de realizar actividades estaba limitada por los familiares al finalizar el tratamiento, quienes han desarrollado una actitud de sobreprotección con el fin de minimizar los riesgos y recaídas, actitud que posibilita la aparición de ansiedad y preocupación frente al futuro en la persona en situación de discapacidad.

En lo referente a la Escala de Valoración de Términos EVT (Aguado, A y Alcedo, M, 1999) aplicada a familiares, los promedios totales de la prueba evidenciaron un cambio positivo del pre-test al post-test, en la interpretación que los familiares hacen de los términos que comúnmente son asociados a las personas en situación de discapacidad; entre los términos que presentaron cambio en su valoración están marginado, trastornado, enfermo, incapacitado e impedido. Al inicio del proceso los familiares/cuidadores manifestaron percibir estos términos como algo negativo para su familiar, pues han visto como han sido discriminados, tildándolos de trastornados, negándoles la posibilidad de realizarse y llevar una vida “normal”; así mismo, se observó que los familiares debido a las constantes visitas medicas, asociaban la discapacidad como un estado de enfermedad constante, lo que fue cambiando durante la intervención entendiendo que aunque el participante presenta dificultades para realizar algunas actividades, su estado de salud es bueno y están en la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana; solo en algunos casos específicos esta valoración del término no tuvo cambio debido a la lesión y tipo de discapacidad que presentaba el paciente. Solo el término Discapacitado, no presentó cambio significativo pues la mayoría de los sujetos están de acuerdo en que este término es el apropiado para denominar a las personas en situación de discapacidad.

Por último es importante resaltar que para la evaluación de las personas con discapacidad se utilizaron pruebas de amplia utilización a nivel psicológico (Mini-Mental, IBT y el EVT), las cuales han sido revisadas y adaptadas para la población colombiana como en el caso del MINIMENTAL validado por Orozco y cols en 1999 y el IBT validado por Riso en 1988 (Mariño, 2003) y baremado por Agudelo y Gómez en 1998; y de evaluación del funcionamiento físico (Barthel y FAQ). La muestra cumplió con todos los criterios establecidos para la investigación y el proceso de intervención se realizó en condiciones similares para mantener la uniformidad de las condiciones en cada una de las sesiones realizadas.

9. CONCLUSIONES

- La búsqueda bibliográfica evidencia la limitada investigación en el área de intervención Psicológica en discapacitados, pues la intervención en discapacidad está sesgada al modelo médico que centra su atención en la parte física y funcional del individuo.
- El estudio muestra la efectividad de programas psicológicos de intervención basados en la reestructuración Cognitiva de los discapacitados, donde se permita la expresión de sentimientos y la modificación de esquemas.
- Se concluye que los pensamientos y actitudes de los pacientes y sus familiares tienen efectos negativos no solo en el aspecto psicológico, sino también en la autonomía a nivel físico
- Es fundamental el apoyo psicológico constante al discapacitado en las entidades que prestan servicios de salud, ya que el acompañamiento terapéutico en la dimensión cognitiva aporta a la recuperación
- Durante el estudio se pudo evidenciar que factores como la falta de recursos económicos (por parte de los participantes) y la usencia de programas y/o centros que cuenten con las herramientas necesarias para la rehabilitación de personas en situación de discapacidad en las zonas rurales; dificultan la adherencia al tratamiento y la óptima recuperación tanto a nivel físico como psicológico

10. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

- Desarrollar un programa de reestructuración de creencias frente a la discapacidad con el grupo interdisciplinario del HUS, con el fin de humanizar y transformar la intervención que actualmente se realiza.

- Realizar campañas no solo de tipo preventivo ante accidentes o enfermedades que puedan desencadenar una discapacidad; sino de educación, integración y humanización a la población en general con el fin de cambiar la óptica que se tiene de la discapacidad.

- Desarrollar dentro de la investigación un proceso de seguimiento que permita determinar el impacto que tiene la terapia cognitiva en la intervención a mediano y largo plazo.

- Promover la vinculación de personas en situación de discapacidad en las empresas, que le permita a esta población mejorar sus condiciones de vida y la realización de un proyecto de vida más esperanzador.

- Incluir al psicólogo en el grupo interdisciplinario del HUS, lo cual contribuye positivamente en la recuperación del paciente, y como ha sido observado en otras investigaciones, minimizando el consumo de fármacos y logrando una recuperación en menor tiempo.

- Para lograr un buen proceso de intervención con las personas en situación de discapacidad es necesario realizar programas de intervención en el personal

médico y paramédico con el fin de modificar sus concepciones sobre la discapacidad que les permita abordar esta condición de una manera diferente.

REFERENCIAS

- Acevedo, M y Peñalosa, D. (2005). Impacto de un Programa de Reestructuración Cognitiva en el Nivel de Autoestima, Comportamientos Depresivos e Ideas Irracionales en Personas con Limitación Física de Tipo Neuro-Motor. Universidad Antonio Nariño, Bucaramanga.

- Aguado, A y Alcedo, M. (1999). Escala de Valoración de Términos EVT

- Aguado, A y Alcedo, M. (2004). Necesidades Percibidas en el Proceso de Envejecimiento de las Personas con Discapacidad. Revista Psicothema, Vol. 16, nº 2, pp. 261-269. Universidad de Oviedo, España. Recuperado Marzo 12 de 2008 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72716214.pdf>

- Aguado, A, Flórez, M y Alcedo, M (2004). Programa de Cambio de Actitudes ante la Discapacidad. Revista Psicothema, Vol. 16, nº 4, pp. 667-673. Universidad de Oviedo, España. Recuperado Marzo 12 de 2008 de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3048>

- Agudelo, D y Gómez, S (1998). Perfil Cognitivo según IBT de las mujeres que maltratan físicamente a sus hijos y que consultan en la Comisaria de Familia del Municipio de la Estrella, Medellín.

- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2009. Datos de Discapacidad. Recuperado en Enero 5 de 2009 de http://www.iadb.org/sds/soc/site_6215_s.htm

- Barthel, W. (1955). Índice de Barthel

- Barrios, A. (2005). Auto-Concepto y Características Familiares de Niños Resilientes con Discapacidad. El Caso de una Población Del Caribe Colombiano. Revista Investigación & Desarrollo, vol. 13 no. 1, Universidad del Norte. Colombia. Recuperado Febrero 5 de 2009 de http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/13-1/5_Autoconcepto%20y%20caracteristicas.pdf

- Céspedes. (2005), La nueva cultura de la discapacidad y lo modelos de rehabilitación. Revista Aquichan, 5 (1) p 108-113. De la base de datos EBSCO disponible en <http://www.ebsco.com> Recuperado en Marzo 1, 2007

- Chiappello, M y Sigal, D. (2006). La Familia Frente a la Discapacidad. “IV Jornadas Nacionales Universidad y Discapacidad” Universidad de Buenos Aires (UBA) Recuperado Enero 30, 2009 de <http://www.calidadmayor.com.ar/referencias/IVJornadasUniDisca/Trabajoscompletos/familiaydiscapacidad/ChiappelloSigalTC.doc>

- Confederación de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Castilla y León COCEMFE CYL, (2005). La Discapacidad y Tú. Recuperado Abril 13 de 2008 de <http://www.cocemfecyl.es/index.html>

- Cortes, A. (2007). Implementación de una intervención psicológica en el proyecto de vida, autoestima y depresión dirigido a militares sobrevivientes de minas antipersonales y artefactos explosivos de la ciudad de Bucaramanga. Universidad Antonio Nariño, Bucaramanga.

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo 1993. Colombia. Recuperado Marzo 12, 2007 de <http://www.dane.gov.co/censo/>

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo 2005. Colombia. Recuperado Marzo 12, 2007 de <http://www.dane.gov.co/censo/>

- Departamento Nacional de Planeación. (2004). Documento CONPES 80. "Política Pública Nacional de Discapacidad 2004–2007". Recuperado Mayo 1, 2007 de <http://www.saldarriagaconcha.org/archivo/documentoconpessocial.pdf>

- Egea, C y Sarabia, A. (2001). "Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad", Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, nº 50. Madrid. ISSN 1133-6439, p. 15 a 30. <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/Publicaciones.htm>

- Ellis, A. (1962). Inventario de Ideas Irracionales IBT

- Embajada de Japón en Colombia. 2008. Boletín de Prensa: Se Oficializarán Aportes Por Un Total De Us\$ 1'272.028. Bogotá. Recuperado Enero 5 de 2009 de <http://www.colombia.emb-japan.go.jp/boletines%202008/080325.htm>

- Frutos, I. (2002). Guía para un uso no discriminatorio del lenguaje (En el entorno de la discapacidad). Ed. FUNDABEM

- Folstein, M; Folstein, S y Mchugh, P. (1975). Examen Mini mental MMSE

- Gutiérrez, P y López, M. (2006). Estereotipo-Prejuicio. Programas hacia la Tolerancia Intergrupala. Revista Digital de Investigacion y Educación. No. 25 Vol. II, p. 1-18. Recuperado Febrero 26 de 2009 de http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_sevilla/archivos/revistaense/n25/25060106.pdf

- Jones, R y Guskin, S. (1984). “Attitudes and Attitude Change in Special Education” en R. L Jones (comp), Attitudes and Attitude Change in Special Education: Theory and Practice, Reston, Virginia, Council for Exceptional Children

- Juarez, F, Holguín, E y Salamanca, A. (2006). Aceptación o Rechazo: Perspectiva Histórica sobre la Discapacidad, la Rehabilitación y la Psicología de la Rehabilitación. Revista Psicología y Salud, julio-diciembre, vol. 16, numero 002, México, pp. 187-197.

- Linares, F. (2008). Entrevista con el médico Fisiatra, Hospital Universitario de Santander.

- López-Ibor, J; Ortiz, T y López-Ibor, M. (1999). Lecciones de Psicología Médica. Ed. Masson. España

- Llerena, J. (2002). La Discapacidad, Creencias y Estereotipos. Perú. Recuperado en Diciembre 12 de 2008 de www.congreso.gob.pe/comisiones/2002/discapacidad/sociedad-inclusiva/SENSIBILIZACION-II.pdf

- Marchant, J. (2004). La Discriminación Y El Derecho A La Igualdad. Región Latinoamericana de la Organización Mundial de Personas con Discapacidad (RLOMPD). Chile. Recuperado el 2 Enero de 2009 de www.latinamerica.dpi.org/8MARCHANTJAIME-LADISCRIMINACION_001.doc

- Mariño, N. (2003). Validación y Estandarización de la Prueba I.B.T (Irrational Beliefs Test) para Evaluar Pensamientos Irracionales en Deportistas (de Disciplinas de Conjunto e Individuales) de las Ligas de Deportes de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- Miangolarra, J. (2003) Rehabilitación Clínica Integral. Funcionamiento y discapacidad. Editorial Masson. España

- Ministerio de Ciencia y Tecnología de España, (2009). Instrumentos para la valoración de la capacidad física y las actividades de la vida diaria. España. Recuperado en Febrero 26 de 2009 de http://www.biopsicologia.net/fichas/pages_5288.html

- Ministerio de la Protección Social de la Republica de Colombia, (2007). Encuesta Nacional de Salud, Colombia. Recuperado en Septiembre 2, 2008 de

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18358DocumentNo9089.PDF>

- Ministerio de la Protección Social de la Republica de Colombia, (2007). Encuesta Nacional de Salud, Santander. Recuperado en Septiembre 2 de 2008 de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18359DocumentNo9114.PDF>

- Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), (2009). Tipos y Grados de Discapacidad. Recuperado en Marzo 15 de 2008 de http://www.sercuidador.es/tipos_discapacidad.htm

- Ministerio de Trabajo y Previsión Social del Gobierno de Chile, (2005). ¿Quiénes son las personas con discapacidad? Chile. Recuperado en Septiembre 15, 2007 de <http://www.mesadiscapacidad.cl/pdf/ManualCap%202.pdf>

- Moreno, M; Rodríguez, M; Gutiérrez, M; Ramírez, L y Barrera, O (2006). ¿Qué significa la discapacidad? Revista Aquichan. Recuperado en marzo 1 de 2007 de la base de datos EBSCO disponible en <http://www.ebsco.com>

- Morón, L. (2005). Programa de Intervención desde la Perspectiva Cognitivo Conductual en el Manejo de la Ansiedad y Depresión en los Militares Sobrevivientes de Minas Antipersonal y Artefactos Explosivos. Universidad Antonio Nariño, Bucaramanga.

- Montagut, F. Flotats, G. Lucas, E. (2005). *Rehabilitación Domiciliaria: Principios, Indicaciones y Programas Terapéuticos*. Elsevier – Masson. España

- Novel, M, Lluch, M^a, Miguel, M^a. (2000). *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. Primera Edición. Masson. España

- Observatorio de Salud Pública de Santander. 2008. *Gobernación y Secretaría de Salud conmemoran el Día Mundial de la Discapacidad*. Bucaramanga. Recuperado Enero 5 de 2009 de <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/noticias.php?idnews=88>

- Organización Internacional del Trabajo. (2007) *Datos sobre Discapacidad en el Mundo del Trabajo*. Suiza. Recuperado 2 de Enero de 2009 de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_087709.pdf

- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Centro de Noticias ONU*. Recuperado Marzo 1 de 2007 de <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=7505&criteria1=>

- Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Relación entre el desarrollo y los derechos humanos*. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Recuperado el 2 de Febrero de 2009 de <http://un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=547>

- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud. CIF. Resolución 54/21. De la 54 Asamblea Mundial de la Salud realizada en 22/05/01. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud. (2008). Centro de Prensa. Día Internacional de las Personas con Discapacidad. Recuperado Marzo 1 de 2007 de http://www.who.int/mediacentre/events/annual/day_disabilities/es/index.html

- Orozco, L; Vera, L y Bautista, L. (1999). Validez del examen mental abreviado, Mini-mental, para el diagnóstico de demencias. Centro de Investigaciones Epidemiológicas CIE. Universidad Industrial de Santander

- Ortiz, M. (2007). Experiencias en la Intervención Psicológica con Familias de Personas Dependientes. Intervención Psicosocial, Vol. 16, no. 1. Recuperado el 20 de Abril de 2009 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592007000100008&script=sci_arttext

- Pacheco, R. (2003). La Conducta del Consumidor. Recuperado Diciembre 12 de 2008 de <http://www.rogerpacheco.com/documentos.html>

- Pfeffer, R; Kurosaki, T; Harrah, C; Chance, J y Filos, S. (1982). Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer FAQ

- Pinazo, S y Sánchez, M. (2005). Gerontología. Actualización, Innovación y Propuestas. Ed. Pearson – Prentice Hall. España

- Querejeta, M. (2003). Discapacidad/Dependencia. Unificación de Criterios de Valoración y Clasificación. Recuperado Diciembre 12 de 2008 de <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/discapacidad-dependencia.pdf>

- Red de Solidaridad Social. Presidencia de la República. (2002). Revisión de los Estudios sobre Situación de Discapacidad en Colombia 1994 – 2001. Bogotá. Recuperado en Diciembre 12 de 2008 de www.discapacidadcolombia.com/Documentos/estadistica.doc

- Rodríguez, P. (2001). El Envejecimiento de las Personas con Discapacidad. Revista Dossier. Congreso Internacional Celebrado en Oviedo. Discapacidad y Envejecimiento Págs. 20 – 22. Recuperado 10 Agosto de 2009 de <http://www.fejidif.org/Herramientas/cd/herramientas%20de%20trabajo/Envejecimiento/Congreso%20discapacidad%20y%20envejecimiento.pdf>

- Ruiz, A y Hoyos, L. (2003). Consejería Presidencial de Programas Especiales Red de Solidaridad Social. Bases para la Formación de una Política Pública en Discapacidad para el Periodo 2003-2006. Bogotá. Colombia

- Ruzafa & Moreno. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de BARTHEL. Revista española de Salud Publica. Recuperado Septiembre 23 de 2007 de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

- Sánchez, J y Sánchez, J (1992). Manual de Psicoterapia Cognitiva. Recuperado Enero 7 de 2008 de <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual.htm>

- Sebastianelli, A. (1998). La baja autoestima como un factor de desorientación ocupacional en la discapacidad. Universidad Abierta Interamericana. Rosario, Argentina. Recuperado Septiembre 23 de 2007 de <http://www.monografias.com/trabajos5/autoes/autoes.shtml?monosearch#resul>

- Schlossar, S. (2004), La experiencia de las personas con discapacidad en los países de habla hispana y Australia. Asociación Multicultural de Nueva Gales del Sur (NSW) para la Defensa de la Discapacidad (MDAA). Australia. Recuperado en Septiembre 24, 2007 de <http://www.mdaa.org.au>

- Trujillo, A. (2005). Psicología de la Discapacidad. Herramientas Teóricas para la Rehabilitación en Discapacidad. Universidad Católica de La Plata, España. Recuperado en Marzo 7 de 2009 de http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/rehabilitacion_discapacidad.shtml

- Valori. S. (2009), Prejuicios, mitos y estereotipos acerca de las mujeres con “discapacidad”. Recuperado en Febrero 5 de 2009 de http://www.minusval2000.com/literatura/articulos/prejuicios_mitos_y_estereotipos.html

- Verdugo, M. (2005), Día mundial discapacidad - Miguel Ángel Verdugo: Las líneas de mayor fertilidad en discapacidad se están dando en el campo de la psicología. *Revista de Psicología Infocoponline*. Recuperado en Marzo 7, 2007 de <http://www.infocoponline.es/>

- Veyret, A. (2000), Disfunciones Ocupacionales. Fundación Discar. Recuperado Septiembre 10, de 2007 de www.fundaciondiscar.org.ar/disfuncionesocupacionales.doc

- Vicepresidencia de la República. Programa de Derechos Humanos y Discapacidad. “Plan Nacional de Intervención en Discapacidad (Plan de Acción 2005–2007)”. Recuperado Mayo 5, 2007 de www.discapacidad.gov.co/p_publica/index.htm

Anexos

Anexo 1

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Programa de Resignificación de Creencias y Actitudes en Personas con Discapacidad, Familiares/Cuidadores Vinculados Al HUS”.

El siguiente estudio tiene como objetivo evaluar el impacto de un programa de resignificación de creencias en personas con discapacidad, sus familiares cuidadores y redes de apoyo. Se hace necesario demostrar la validez de este tipo de programas, como tratamiento no farmacológico, para el mejoramiento de la calidad de vida de dicha población puesto que en diferentes situaciones se ha observado que las personas en condición de discapacidad presentan sentimientos inadecuados que pueden desencadenar en psicopatologías tales como depresión y/o trastornos de ansiedad.

Para esta investigación, en primera instancia se aplicará una batería de pruebas que permiten medir el estado mental del participante así como las ideas irracionales, los significados que se le atribuyen a la discapacidad y cuestionario de la actividad funcional. De acuerdo con los resultados obtenidos en estas pruebas se identificarán las creencias más relevantes y se procederá a desarrollar un programa de intervención que permita modificar o darle nuevo significado a la discapacidad como alternativa para el mejoramiento de la calidad de vida del discapacitado, sus familiares cuidadores y grupos de apoyos.

La investigación tiene como responsabilidad primordial proteger a los participantes de daño mental y físico durante la investigación. El riesgo de ésta es mínimo, ya que se realizarán algunas pruebas psicológicas en donde se pretende obtener registro de datos sin manipular la conducta del sujeto.

Después de haber leído lo anteriormente expuesto acerca de la investigación puedo afirmar que:

1. Se me ha explicado con detalle el proyecto de investigación en el que se ha solicitado mi participación y la de mi familiar.
2. Comprendo que la participación en este estudio es voluntaria y que poseo la libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar el cuidado y tratamiento.
3. Soy consciente de que los datos personales son confidenciales y serán tratados con privacidad.

4. Tengo la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento.
5. Doy fe de haber comprendido los anteriores ítems y autorizo mi participación en este estudio.

_____ Nombre	_____ Firma	_____ Fecha
-----------------	----------------	----------------

Confirmando que he explicado la naturaleza y los objetivos del proyecto de investigación a la persona que figura arriba. Además expreso el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

_____ Investigadora	_____ Firma	_____ Fecha
------------------------	----------------	----------------

_____ Investigadora	_____ Firma	_____ Fecha
------------------------	----------------	----------------

Nota. Una copia quedará en poder del familiar y la otra en el protocolo de recogida de datos de cada paciente.

Anexo 2

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE INFORMACION

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

Apellidos, Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de Nacimiento: _____

Edad: ____ Sexo: F () M () Estado Civil: _____

Procedencia: _____ Dirección: _____

Población: _____ Teléfono: _____

Genograma:

DATOS PERSONALES DEL CUIDADOR

Cuidador Principal: _____ Teléfono: _____
Parentesco/ relación: _____ Escolaridad: _____
Profesión: _____ Fecha ingreso estudio: _____

DATOS CLÍNICOS

Diagnóstico:

Otras enfermedades médicas y/o psicológicas:

MEDICACIÓN

Medicación actual:

Dosis:

OBSERVACIONES:

Investigadoras

Anexo 3

Examen Mental Mínimo

Datos Generales:

Nombre y Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____/ Edad: _____

No. De Cedula: _____ Escolaridad: _____

Cada respuesta correcta vale un punto			
Orientación en el tiempo	¿Qué fecha es hoy?	1	
	¿Qué día de la semana es hoy?	1	
	¿En qué mes estamos?	1	
	¿En qué año estamos?	1	
Orientación en el espacio	¿En qué sitio estamos ahora?	1	
	¿En qué piso estamos?	1	
	¿En qué ciudad estamos?	1	
	¿En qué departamento estamos?	1	
Registro Repita después de mí, las siguientes palabras: CASA, ARBOL, PERRO. (Un segundo de intervalo entre palabras y dar un punto por cada respuesta correcta)	Casa	1	
	Árbol	1	
	Perro	1	
Atención Hágale deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia delante (ODNUM). Por cada letra en el orden correcto dar un punto.	Deletrear MUNDO al revés (1 punto por cada letra correcta ODNUM)	5	
Evocación Pedir que repita las palabras dadas anteriormente. (Dar un punto por casa respuesta correcta)	Casa	1	
	Árbol	1	
	Perro	1	
Nominación Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Lápiz	1	
	Reloj	1	
Repetición Solo un intento	Pídale que repita la siguiente frase: “ El Flan tiene frutillas y frambuesas”	1	
Orden de tres comandos (Cada parte ejecutada correctamente vale 1 un punto)	Dele un papel y dígame: “ Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso”	1	
Lectura (Dar un punto si lo hace correctamente)	Muéstrele la hoja que dice: “Cierre los ojos y dígame “Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta”	1	
Escritura Pedir que escriba una frase. (Dar un punto si lo hace correctamente)	Dele al aspirante una hoja en blanco y pídale que escriba una frase.	1	
Copia Copiar dos pentágonos cruzados en un ángulo.	Se muestra el dibujo. (Dar un punto si lo hace exactamente)	1	
		Puntaje Total	

PUNTUACION	30
-------------------	-----------

Anexo 4**I.B.T. (Albert Ellis)**

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones:

Este es un inventario de cómo usted cree y siente acerca de varias cosas. Para cada pregunta usted debe encerrar en un círculo un número de la columna de la derecha; el cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar la que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir.

No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo neutro o la respuesta TRES tanto como le sea posible. Solo utilice estos números si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuando más sinceramente conteste, más útil será el inventario para usted.

1. MUY DE ACUERDO
2. MODERADAMENTE DE ACUERDO
3. NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO
4. MODERADAMENTE EN DESACUERDO
5. MUY EN DESACUERDO

1	Es importante para mí que otros me aprueben					5°	
1 ^a	Me empeño por mantener mi intimidad a toda costa					5	
2	Odio equivocarme en cualquier cosa					5°	
2 ^a	Me siento mal cuando por alguna circunstancia me dejo llevar por mis emociones positivas o negativas.					5°	
3	Muchas personas perversas escapan al castigo que se merecen.					5°	
3 ^a	Pienso que si las normas se hicieron son para respetarlas.					5°	
4	Generalmente acepto lo que pasa					5	
5	Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi todas las circunstancias					5	
6	Tengo temor de algunas cosas que suelen molestarme					5°	
7	Generalmente aplazo decisiones importantes					5°	
8	Todos necesitamos alguien de quien depender					5°	
9	“Árbol que nace torcido, jamás su rama endereza”					5°	
10	No hay solución perfecta para nada					5	
11	Quiero agradecerle a todas las personas					5°	
11 ^a	Opino que “Los trapos sucios solo deben lavarse en casa”					5°	
12	Evito las cosas que no puedo hacer bien					5°	
12 ^a	Cuando tengo una discusión acalorada con alguien, pienso mucho en lo que dije o hice.					5°	
13	Aquellos que obran mal, deben ser sancionados					5°	
13 ^a	Me siento culpable cuando violo una norma, aunque sea necesario hacerlo.					5°	
14	Las frustraciones no me afligen					5	
15	Yo creo mi propio estado de ánimo					5	
16	Siento poca ansiedad por cosas peligrosas que puedan ocurrir en el futuro					5	
17	Trato de dejar de lado las tareas o labores difíciles					5°	

18	La gente necesita algo externo que le dé fuerzas				5°	
19	Es casi imposible superar la influencia del pasado				5°	
20	Muy rara vez se halla un camino fácil en la vida				5	
21	Puedo gustarme a mí mismo, aunque a muchos yo no les guste				5	
21 ^a	Me siento intimidado cuando alguien que acabo de conocer quiere saber muchas de mis cosas personales				5°	
22	No me importa competir en actividades donde otros son mejores que yo				5	
22 ^a	Odio excederme				5°	
23	Son pocas las veces que culpo a las personas por su maldad				5	
23 ^a	Gracias a la normas, no somos como unos salvajes				5°	
24	Con frecuencia me siento molesto por situaciones que no me gustan				5°	
25	La gente que es infeliz, es así porque ellos mismos se lo buscaron				5	
26	En ocasiones no puedo dejar de pensar en cosas que me preocupan				5°	
27	Evito enfrentar problemas				5°	
28	Hay ciertas personas de quien dependo enormemente				5°	
29	Si yo hubiera tenido experiencias diferentes sería más como yo quiero ser				5°	
30	Algunos problemas siempre estarán con nosotros				5°	
31	Aunque me gusta la aprobación, no es necesidad real para mí				5	
31 ^a	No soporto que otras personas se metan mucho en mi vida				5°	
32	Me molesta cuando otros son mejores que yo en algo				5°	
32 ^a	Me siento como un estúpido si lloro				5°	
33	Todas las personas son fundamentalmente buenas				5	
33 ^a	Siempre averiguo cuales son las normas o reglas que operan en un lugar antes de actuar				5°	
34	Generalmente acepto las cosas como son inclusive si no me gustan				5	
35	Depende de uno mismo, el tiempo que dure en estado de ánimo desagradable.				5	
36	Algunas veces no puedo liberar temores de mi mente				5°	
37	Generalmente soy rápido para tomar decisiones				5	
38	Yo soy el único que puede entender y enfrentar mis problemas				5	
39	Rara vez pienso que experiencias pasadas me afectaran ahora				5	
40	Vivimos en un mundo de azar y probabilidad				5	
41	Me preocupo con frecuencia, sobre cuanta gente me aprueba				5°	
41 ^a	Detesto que me hagan preguntas muy personales o indiscretas				5°	
42	Me molesta cometer errores				5°	
42 ^a	Vigilo con cuidado todas mis emociones				5°	
43	“No es justo que llueva sobre justos e injustos”				5°	
43 ^a	Cuando algo está mal hecho, me siento culpable aunque nadie se dé cuenta de ello.				5°	
44	Si las cosas me molestan, simplemente las ignoro				5	
45	Cuantos problemas tenga una persona, menos feliz será				5°	
46	Casi nunca pienso en cosas como la muerte o la guerra				5	
47	La vida es corta para gastarla haciendo cosas desagradables				5°	
48	Me disgusta que otros tomen decisiones por mí				5	
49	Somos esclavos de nuestra historia personal				5°	
50	Rara vez hay una solución ideal para cada cosa				5	
51	Me interesa bastante lo que la gente sienta por mí				5°	
51 ^a	Soy muy desconfiado				5°	
52	Suelo incomodarme bastante por cosas pequeñas				5°	
52 ^a	Temo perder el control				5°	
53	Nadie es malo aún cuando sus actos lo sean				5	
53 ^a	No se deber ser siempre correcto				5°	
54	Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero y por eso no suelo preocuparme				5	
55	Nada es tan deprimente por sí mismo, depende de cómo lo interpretas.				5	

56	Con frecuencia, pienso que haría yo en situaciones de peligro.				5°	
57	Rara vez aplazo cosas				5	
58	Me disgusta tener que depender de otros				5	
59	Una vez que algo te haya afectando en la vida, siempre lo hará				5°	
60	Es mejor buscar una solución práctica que una solución perfecta				5	
61	Si al hacer algo que yo quiero pierdo aprobación, prefiero no hacerlo				5°	
61 ^a	Todos tenemos nuestro pequeño mundo y nadie debe entrar en él				5°	
62	No temo hacer cosas que no puedo hacer bien				5	
62 ^a	Cuando me salgo de mis casillas me siento muy mal				5°	
63	Hay personas que no merecen haber nacido				5°	
63 ^a	Siempre trato de cumplir las normas, aunque ello me perjudique				5°	
64	Soy bastante calmado para enfrentar la vida				5	
65	Nunca hay una razón para estar preocupado mucho tiempo				5	
66	No me preocupo tanto como para dañarme el día por cosas que pudiesen ocurrir				5	
67	Es difícil para mí hacer tareas poco placenteras				5°	
68	He aprendido a no esperar que alguien, distinto a mí, se preocupe por mi bienestar				5	
69	Aunque quisiera, nunca podría cambiar mi vida				5°	
70	No hay nada que se aproxime a lo real				5	
71	Me empeño por mantener la aprobación a toda costa				5°	
71 ^a	Me doy a conocer fácilmente				5	
72	Pienso que no es importante ser competitivo en casi todas las cosas				5	
72 ^a	La razón siempre debe primar sobre la emoción				5°	
73	Cualquier persona “mala” puede llegar a ser “buena” sin ser castigada				5	
73 ^a	Las normas asfixian a las personas				5	
74	Rara vez me inquietan los errores de los otros				5	
75	Los hombres hacen su propio infierno con ellos dentro				5	
76	Mi filosofía es vivir el aquí y el ahora				5	
77	Una vida de tranquilidad rara vez es gratificante				5	
78	No me gusta enfrentar sólo las experiencias nuevas de la vida				5°	
79	No tengo porque repetir los errores del pasado				5	
80	Hay un lugar para cada cosa				5°	
81	Hago planes para agradar a las personas				5°	
81 ^a	Me aterra contar secretos y confidencias				5°	
82	Me exijo demasiado a mi mismo				5°	
82 ^a	Soy poco efusivo				5°	
83	Las personas no eligen ser buenas o malas				5	
83 ^a	Es estúpido acatar ciegamente las normas porque muchas pierden vigencia				5	
84	Soy “observador”				5°	
85	Cada quien es el arquitecto de su propio destino				5	
86	Tiendo a anticiparme demasiado a lo que puede ocurrir				5°	
87	No tolero pasar trabajos				5°	
88	Para mí es vital sentirme protegido				5°	
89	Tiene sentido esforzarse en el presente, independientemente de cómo haya sido mi pasado				5	
90	Soy extremadamente ordenado, meticuloso y responsable con mis cosas				5°	
91	Pienso que uno debe hacer todo lo posible para evitar ser rechazado				5°	
91 ^a	Me siento amenazado si alguien traspasa los límites que impongo				5°	
92	No soporto decir “No se”				5°	
92 ^a	Expresar las emociones es signo de debilidad				5°	
93	La ley natural es que los malos sufran				5°	
93 ^a	Las normas se hicieron para violarlas				5	
94	Si las cosas no salen como yo quiero, me da rabia				5°	
95	La gente está triste porque quiere				5	

96	Tiendo a anticipar mayor número de peligros y riesgos que el común de la gente					5°	
97	Suelo regirme por la ley del menor esfuerzo					5°	
98	Dependo demasiado de las personas					5°	
99	Los primeros años de la vida nos marcan definitivamente para el resto de la vida.					5°	
100	Soy perfeccionista					5°	

Anexo 5

Escala de Valoración de Términos Asociados con Discapacidad

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Marque con un círculo cada uno de los términos siguientes SEGÚN SU VALORACION PERSONAL. Tenga en cuenta que lo que ha de valorar son los TERMINOS, NO LAS PERSONAS, a quien pueden hacer referencia. GRACIAS por su colaboración.

		1 Altamente negativo	2 Muy negativo	3 Intermedio	4 Apenas negativo	5 Nada negativo
1	Marginado	1	2	3	4	5
2	Retrasado	1	2	3	4	5
3	Trastornado	1	2	3	4	5
4	Excepcional	1	2	3	4	5
5	Lisiado	1	2	3	4	5
6	Tullido	1	2	3	4	5
7	Minusválido	1	2	3	4	5
8	Con necesidades especiales	1	2	3	4	5
9	Enfermo	1	2	3	4	5
10	Anormal	1	2	3	4	5
11	Deficiente	1	2	3	4	5
12	Inadaptado	1	2	3	4	5
13	Invalido	1	2	3	4	5
14	Discapacitado	1	2	3	4	5
15	Incapacitado	1	2	3	4	5
16	Desvalido	1	2	3	4	5
17	Disminuido	1	2	3	4	5
18	Mutilado	1	2	3	4	5
19	Subnormal	1	2	3	4	5
20	Impedido	1	2	3	4	5

Anexo 6

INDICE DE BARTHEL

Nombre: _____ Fecha: _____

Comida:			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal...).	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulación			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	
La incapacidad funcional se valora como:		* Severa: < 45 puntos * Grave: 45 - 59 puntos	* Moderada: 60 - 80 puntos * Ligera: 80 - 100 puntos
		Puntuación Total:	

Anexo 7

**Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER
(FAQ)**

Informador (relación con el paciente):

Nombre: _____ **Genero:** V [] Mujer []

Fecha: ___/___/___/ **F. nacimiento:** ___/___/___/ **Edad:** _____

Observaciones:

Puntuar cada ítem del modo siguiente:

- 0** *Normal; o nunca lo hizo pero podría hacerlo solo/a*
- 1** *Con dificultad pero se maneja solo; o nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad*
- 2** *Necesita ayuda (pero lo hace)*
- 3** *Dependiente (no puede realizarlo)*

1. ¿Maneja su propio dinero?				
2. ¿Puede hacer solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas de la casa)?				
3. ¿Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar el fuego				
4. ¿Puede hacerse solo/a comida?				
5. ¿Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su comunidad?				
6. ¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas?				
7. ¿Recuerda si queda con alguien, fiestas familiares (cumpleaños, aniversarios), los días festivos?				
8. ¿Es capaz de manejar su propia medicación?				
9. ¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?				
10. ¿Saluda apropiadamente a sus amistades?				
11. ¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro?				
PUNTUACIÓN TOTAL				

Anexo 8

PROGRAMA DE RESIGNIFICACION DE CREENCIAS Y ACTITUDES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y FAMILIARES/CUIDADORES VINCULADOS AL HUS.

Antes de realizar la descripción de cada una de las sesiones de intervención, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se realizó una visita previa a los participantes con el fin de aplicar la batería de pruebas (pre-test) propuesta para esta investigación.
- Para el abordaje de la temática central de cada una de las sesiones se tomó como guía el programa aquí presentado, el cual se adecuó a las características de los participantes.
- Se asignó un espacio de media hora (30 minutos) al inicio de cada sesión, para abordar aspectos de la vida personal del discapacitado y su familiar que estén causando malestar en ellos. Esto se hizo con el fin que no haya interferencia en el desarrollo del programa o la sesión.
- Se efectuó una sesión final, donde se revisa y discute la tarea y los diarios de pensamiento; posteriormente se realiza nuevamente la aplicación de la batería de pruebas (pos-test) y finalmente se realiza el cierre del programa.
- Las investigadoras realizaron las sesiones con el paciente y el familiar respectivamente en el mismo horario pero en espacios diferentes (individuales).

Sesión 1:

Objetivos:

- Presentar el programa al participante.
- Aclarar expectativas del programa.
- Establecer las normas de la intervención.
- Conceptualizar la definición de discapacidad.
- Demostrar la relación Pensamiento – Afecto - Conducta.

Tiempo de la sesión: 2 horas.

Orden de la sesión:

1. Saludo de las facilitadoras
2. Presentación del programa
3. Aclaración de expectativas
4. Establecimiento de normas
5. Temática central: Conceptualización de la discapacidad.
6. Relación Pensamiento - Afecto - Conducta
7. Explicación de la hoja de auto-registro.

Desarrollo de la sesión:

1. Saludo de las facilitadoras

Buenos días... es para nosotras un placer reunirnos con usted. Hoy le daremos a conocer el programa que desarrollaremos en los próximos meses, esperamos su colaboración y disposición para cumplir con los objetivos previstos y las expectativas personales.

2. Presentación del programa

La intervención se llevará a cabo a través de la aplicación de un programa de reestructuración cognitiva, que consiste en identificar y modificar los pensamientos o ideas irracionales, con el fin de conocer el impacto que tienen los supuestos personales sobre sus comportamientos, conductas, emociones y cómo afectan en su desarrollo personal, familiar y social para sustituirlos por otros más adecuados.

El proceso de intervención se realizará en 6 sesiones (siendo ésta la primera de ellas) y se finalizará con la aplicación de las pruebas (post-test).

3. Aclaración de expectativas

En este punto se da la oportunidad de expresar expectativas, temores e inquietudes que el participante tiene con respecto al programa de intervención. Esta actividad, se realizará de forma verbal, planteándole la siguiente pregunta:

- ✓ ¿Qué expectativas e inquietudes tienen frente al desarrollo del programa?

4. Establecimiento de normas

Se le plantea al participante la necesidad de establecer unas normas mínimas, que permitan efectuar el proceso de intervención dentro de un contexto facilitador de aprendizaje. Las normas serán establecidas de común acuerdo. A continuación se plantean algunas normas que servirán de referencia:

- ✓ El participante deberá presentarse en el lugar, fecha y hora establecida para cada sesión de forma puntual y deberá permanecer en el sitio de reunión desde el inicio hasta el final de la sesión.
- ✓ El participante no podrá recibir llamadas o visitas durante el desarrollo de la sesión, así como de realizar otra actividad diferente a la propuesta por las facilitadoras.
- ✓ La sesión se realizará con el debido respeto hacia el participante y del participante a las facilitadoras.

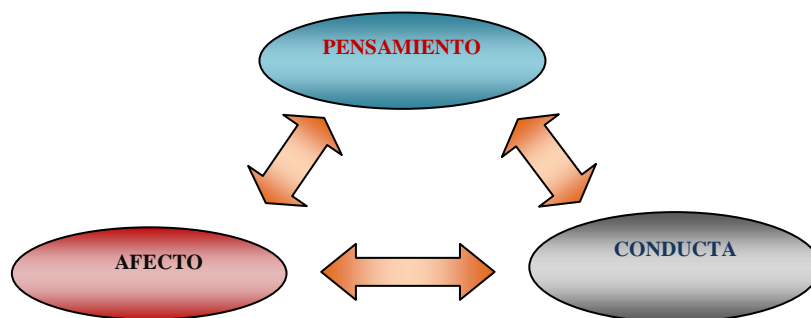
- ✓ El participante se abstendrá de consumir alimentos o bebidas así como fumar durante la sesión.
- ✓ El participante deberá cumplir con las tareas asignadas.

5. Temática central: Conceptualización de la discapacidad

Es importante aclarar que los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía se han venido empleando frecuentemente como sinónimos, según la OMS:

- ✓ **Deficiencia:** Es toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia supone un trastorno orgánico que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de: deficiencia física, deficiencias sensoriales, deficiencia psíquica, deficiencia de relación.
- ✓ **Discapacidad:** Es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen considerado normal para el ser humano. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. Puede ser: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta, de comunicación.
- ✓ **Minusvalía:** Es la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales.

6. Relación pensamiento – afecto – conducta



✓ **Pensamiento:** El pensamiento implica una actividad global del sistema cognitivo con intervención de los mecanismos de memoria, atención, procesos de comprensión, aprendizaje, etc. El pensamiento tiene una serie de características particulares, que lo diferencian de otros procesos, como por ejemplo, que no necesita de la presencia de las cosas para que éstas existan, pero la más importante es su función de resolver problemas y razonar.

✓ **Afecto:** Se define como patrón de comportamientos observables que constituyen la expresión de sentimientos (emoción) experimentadas por cada individuo y que acompaña a una idea o pensamiento. La tristeza, la alegría y la irritabilidad constituyen ejemplos de afectos.

✓ **Conducta:** La conducta es el conjunto de comportamientos observables en una persona; no es solo un conjunto de interacciones estímulo – respuesta, sino una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona. “Una persona puede reaccionar ante un estímulo de distinta manera que otra”.

Se considera que la modificación del pensamiento de una persona influye en el estado afectivo y en sus pautas de conducta, por lo tanto se persigue que mediante terapia un paciente pueda llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas, y corregir las ideas erróneas que producen sentimientos negativos y comportamientos inapropiados.

7. Explicación de la hoja de auto-registro

Se explicarán los auto-registros con situaciones vividas por el participante a fin de tener una visión clara y concreta de la relación Pensamiento- Afecto- Conducta (P-A-C).

Hora	Situación	Qué pensó	Qué sintió	Cómo actuó

8. Asignación de tareas

Teniendo en cuenta los eventos que se hayan presentado en las últimas semanas a nivel personal, familiar y social, realizar el registro de pensamiento.

Sesión 2:

Objetivos:

- Dar a conocer al participante las distorsiones cognitivas.
- Reconocer las distorsiones cognitivas a través de un ejercicio práctico.

Tiempo de la sesión: 2 horas.

Orden de la sesión:

1. Saludo
2. Revisión de la tarea
3. Temática central: Distorsiones cognitivas
4. Aplicación Práctica: Identificación de distorsiones cognitivas
5. Asignación de tareas

Desarrollo de la sesión:

1. Saludo

Buenos días.... Es un gusto para nosotras estar nuevamente con usted. En esta nueva sesión trabajaremos sobre las Distorsiones cognitivas.

2. Revisión de la tarea

Es muy importante antes de dar inicio al tema central de esta sesión, conocer las dudas e inquietudes que tenga el participante sobre el uso del diario de pensamiento, por este motivo es primordial saber cómo les fue con el desarrollo del ejercicio asignado en la sesión anterior.

3. Temática central: Distorsiones cognitivas

Nuestras reacciones emocionales son muchas veces exageradas con respecto a la situación en que se presentan porque los pensamientos que anteceden dichas emociones pueden contener algunas distorsiones o exageraciones, por lo que dichos pensamientos pueden ser agrupados en las llamadas distorsiones cognitivas en función de los errores que cometen. A continuación se exponen algunas de las principales distorsiones cognitivas.

Algunas distorsiones cognitivas posibles son:

✚ *Sobre-generalización:* Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí; como por ejemplo:

- “Las piernas no me sirven para nada”; por lo tanto yo no sirvo para nada

✚ *Personalización:* Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello; por ejemplo:

- “Todos me miran porque tengo una prótesis”

✚ *Auto-culpa:* Parte de la base que eres culpable, de todas las adversidades que te rodean, tiendes inmediatamente a pensar que fue un error, que no debió pasar, que fallo y que eres el centro culpable de todo lo malo que pasa cerca de ti; por ejemplo:

- “Si no me hubiera subido en la moto, no nos hubiéramos estrellado, por lo tanto es mi culpa”

✚ *Visión catastrófica:* Los pensamientos catastróficos a menudo empiezan con las palabras “Y SI...”; ejemplo:

- Una persona lee un artículo del periódico que describe una situación donde una persona discapacitada muere ahogada, entonces se pregunta: “Y si voy a piscina aunque se nadar me ocurrirá lo mismo?”

✚ *Falacia de justicia:* Este tipo de pensamiento se basa en la aplicación de normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales; ejemplo:

- “Si me quisiera, no se burlaría de mí” es injusto que a los minusválidos, nos traten como personas de segunda clase.

✚ *Falacia de recompensa divina:* La persona cree que por sus actos rectos y sacrificios permanentes para con los suyos, recibirá una recompensa divina. Sus esfuerzos van dirigidos a esto.

- “Yo he sido muy buena con los demás, por eso Dios me va a recompensar”

✚ *Deberías:* Las personas se comportan de acuerdo con sus reglas inflexibles que deberían regir las relaciones. Estas deben ser correctas e indiscutibles. Cualquier desviación hacia los valores o normas particulares es mala.

Las personas adoptan la posición de juez y encuentran faltas. Las palabras que indican esta distorsión son: Deberían, habría que o tendrían; ejemplo:

- “ Todos deberían tener consideración de mi”

4. Aplicación Práctica: Identificación de distorsiones cognitivas

Con el fin de que el participante aprenda a identificar las distorsiones, deberá dar ejemplos basándose en sus propias experiencias donde se vea representada cada una de ellas.

5. Asignación de tareas

Identificar las distorsiones cognitivas que cada uno presenta, teniendo en cuenta eventos que hayan sucedido en las últimas semanas a nivel personal, familiar y social.

Situación	Distorsiones Cognitivas

Sesión 3.

Objetivo:

- Reconocer e identificar los pensamientos automáticos presentes en el participante.

Tiempo de la sesión: 2 horas.

Orden de la sesión:

1. Saludo
2. Revisión de la tarea
3. Temática central: Pensamientos automáticos
4. Aplicación práctica
5. Asignación de tareas

Desarrollo de la sesión:

1. Saludo:

Buenos días... Es un gusto para nosotras estar nuevamente con usted. En esta nueva sesión trabajaremos sobre Pensamientos Automáticos.

2. Revisión de la tarea:

En cada sesión se abordará y discutirá el diario de pensamiento u hoja de auto-registro. Además se dará un espacio para socializar acerca de la tarea que se dejó, con el fin de evidenciar si hubo claridad o no, tanto en la temática anterior como en el desarrollo de la tarea, hacer la realimentación respectiva.

3. Temática central: Pensamientos automáticos

Cuando se habla de reestructuración cognitiva se dice que es un procedimiento técnico por el cual las personas aprenden a modificar algunos pensamientos distorsionados que conducen a malestar emocional y frustración.

El foco de la reestructuración cognitiva son los **pensamientos automáticos**, los cuales surgen de las creencias (ideas tomadas por las personas como verdades absolutas); los pensamientos automáticos se caracterizan por ser mensajes específicos, se presentan de manera rápida, espontánea o involuntarios y son difíciles de controlar.

A menudo las personas crean “versiones” subjetivas de las situaciones que les ocurren, las cuales suelen ser bastantes erróneas, en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de los hechos, por lo que se dice que están basados en "distorciones cognitivas" (tratadas en la sesión anterior).

Los pensamientos racionales se diferencian de los anteriores, en la forma de reflexionar y analizar los problemas que tienen las personas en estados anímicos de mayor calma o sosiego, los cuales intentan adaptarse a los problemas y analizarlos para pretender resolverlos. Por lo tanto es importante identificar aquellos pensamientos erróneos (automáticos) que soportan las ideas o creencias irracionales, para así poder corregirlos. Por ejemplo, Silvia, quien padece de ansiedad severa, se encontraba en su casa esperando la llegada de su hijo mayor cuando sonó el teléfono. Silvia pensó: “tuvo un accidente”. Inmediatamente sintió mucho miedo, su corazón latía rápidamente y una desagradable sensación de opresión recorría su estómago. Cuando levantó el teléfono, se encontró con que se trataba de una amiga que sólo llamaba para saludarla.

Debido a que los seres humanos actúan por hábito y mecánicamente, no es fácil identificar los pensamientos automáticos por esto pasan desapercibidos. Caso contrario ocurre con las emociones, las cuales son más perceptibles porque se sienten; entonces, para identificar los pensamientos automáticos, los sentimientos pueden ser una guía; por lo tanto cuando se percibe algún sentimiento negativo (ansiedad, miedo, tristeza o enojo) esto significa que se tuvo un pensamiento automático. Una vez identificado, lo mejor es anotarlo, pues estos pensamientos se olvidan rápidamente. Preguntas como, ¿qué acabo de pensar?, ¿cuál es la idea que se cruzó por mi cabeza?, pueden ayudar a que este proceso sea más sencillo.

Sin embargo, el solo hecho de detectarlos no hace que mejore el estado emocional de las personas. Aprender a encontrar los pensamientos automáticos es sólo el primer paso para poder cambiarlos.

En Terapia Cognitiva la detección y cambio de los pensamientos automáticos es una de las tareas centrales. Sin embargo, el trabajo no se detiene allí. Los pensamientos automáticos son, por así decir, un fenómeno de superficie, el aspecto visible de todo un estilo de interpretación del mundo que es crucial encontrar para lograr una

auténtico cambio cognitivo. Lentamente, los pensamientos automáticos van delineando creencias irracionales y supuestos básicos, vale decir, reglas de vida muy poco conocidas, pero sobre las cuales las personas crean su interpretación del mundo y dan sentido a su experiencia cotidiana. Estas creencias pueden ser racionales o irracionales. Las creencias racionales, se expresan en la forma de “Me gustaría”, “Quisiera”, “No me gustaría”, “Preferiría”, “Desearía”. Por otro lado las creencias irracionales se diferencian de las racionales en dos características: 1° son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de “Tengo que”, “Debo”, “Debería”, “Estoy obligado a”, etc. y 2° en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (por ej. depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo). Aunque la gente es capaz de tener ambos tipos de pensamientos al mismo tiempo, una de las tareas de la terapia es ayudar a los pacientes a discriminar entre creencias racionales e irracionales y pedirles que cuestionen sus creencias irracionales y las reemplacen por filosofías más racionales. El último objetivo de la terapia consiste en modificar alguno de estos supuestos básicos que se transforman en un obstáculo para la felicidad y bienestar humanos.

4. Aplicación Práctica

A partir de las situaciones expuestas por los sujetos en la hoja de auto-registros (explicada desde la primera sesión), que hayan desencadenado una emoción o sentimiento negativo, se le pide al participante que recuerde la situación teniendo en cuenta ¿qué le pasó?, ¿donde sucedió dicho evento?, ¿con quién y cuándo?; esto con el fin que el individuo pueda identificar que evento específico de la situación desencadena la aparición de los pensamientos automáticos y pueda comprender que son estos y no los hechos los que lo están afectando.

5. Asignación de tarea

Se le pide al participante que continúe con la realización del auto-registro, identificando los pensamientos automáticos cuando se presenten eventos o situaciones que le causen malestar.

Sesión 4

Objetivos:

- Enseñar el manejo de los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas al participante.
- Aplicar la técnica de la triple columna.

Tiempo de la sesión: 2 horas.

Orden de la sesión:

1. Saludo.
2. Revisión de tareas asignadas.
3. Manejo de los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas a través de la técnica de la triple columna.
4. Aplicación práctica.
5. Asignación de tarea

Desarrollo de la sesión:

1. Saludo:

Un saludo de bienvenida en esta nueva sesión denominada manejo de pensamientos automáticos.

2. Revisión de tareas asignadas:

Es importante conocer cómo les fue en el desarrollo del ejercicio asignado. A continuación se dará un espacio para compartir de manera voluntaria los pensamientos automáticos identificados; con el objetivo de realizar un autoanálisis a nivel general.

En cada sesión se abordará y discutirá el diario de pensamiento u hoja de auto-registro.

3. Manejo de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas:

✓ Técnica de la triple columna:

La importancia del auto-registro, va más allá de rellenar un simple formulario. Se trata de aprender una nueva forma de pensar y analizar el mundo y los acontecimientos que vivimos, y por lo tanto, de manejar más adecuadamente nuestras dificultades emocionales. Respecto a esta nueva forma de analizar los acontecimientos que vivimos, y una vez que hemos aprendido a utilizar el auto-registro, podemos comenzar a manejar los pensamientos automáticos, con el objetivo de buscar alternativas a nuestros círculos viciosos problemáticos. Para ello se suele llevar un auto-registro con tres columnas (base): en la primera se anota la situación desencadenante del sentimiento desagradable, en la segunda los pensamientos automáticos relacionados con esa situación y esas emociones negativas y en la tercera pensamientos alternativos tras valorar las evidencias para los pensamientos automáticos anteriores.

Ejemplo:

Situación	Emoción	Pensamiento automático	Conducta	Modificación del pensamiento	Nueva conducta
“Mi marido llegó a casa y no me besó”	Tristeza	“No le importo nada”	“Llorar, callarme y ponerme más triste”	“No tengo pruebas de que no le importe, ha tenido atenciones”	“Conversar con él”

Explicación: Cuando experimente una emoción desagradable (*tristeza*) anote la situación que parece disparar dicha emoción (*llegó y no me besó*). Si la emoción ocurre mientras estaba sucediendo algo, anote esa circunstancia en la casilla situación. Luego, note el pensamiento automático relacionado con esa emoción (*no le importo nada*). Posteriormente, intente y anote los nuevos pensamientos, interpretaciones o valoraciones a los que usted llega tras aplicarse las preguntas de prueba de realidad (*evidencia*) a sus pensamientos automáticos (*no tengo pruebas de*

no importarle, ha tenido atenciones conmigo). Y finalmente, anote las nuevas conductas que aparece (*conversar con él*).

Ahora bien, para manejar las distorsiones cognitivas producidas por los pensamientos automáticos se trata de que usted pueda descubrir qué tipo de distorsión cognitiva está utilizando, al anotar sus pensamientos automáticos en su auto-registro, y pueda modificarla hacia otra forma de valorar los acontecimientos de una manera menos distorsionada. Posteriormente usted puede aplicarse una de las alternativas a la distorsión identificada. En general, las alternativas más comunes a las distorsiones cognitivas vistas en la sesión 2 son:

DISTORSIONES COGNITIVAS	ALTERNATIVAS
1. Sobregeneralización	Concretar y buscar pruebas. Preguntar: ¿Cuántas veces ha ocurrido eso realmente?, ¿Que pruebas tengo para sacar esa conclusión? ¿Hay algún caso contrario a que eso sea siempre así?
2. Visión catastrofista	Dejar de anticipar, centrarse en el presente y valorar posibilidades. Preguntarse: ¿Otras veces lo he pensado, y que ocurrió realmente?, ¿Qué posibilidades hay de que eso ocurra?
3. Personalización	Buscar pruebas y efectos. Preguntar: ¿Compararme cuando salgo perdiendo, me ayuda en algo? ¿Qué pruebas tengo de que eso es así? ¿Tener menos de algo que otra persona, me convierte en menos persona, o en una persona con menos de eso (concreto)?
4. Falacia de justicia	Dejar de confundir lo que se desea con lo justo. Escuchar los deseos de otros. Preguntarse: ¿Tiene esa persona derecho a una opinión distinta a la mía? ¿Si las cosas no salen como quiero son injustas, o tan solo suceden de manera distinta a como me gustaría?
5. Auto-culpa	Buscar otros motivos o razones para el caso. Comprobar la utilidad. Preguntarse: ¿Que pruebas tengo para creer eso? ¿Puede haber otros motivos distintos a los que yo achaco a esto? Culparme, ¿qué problema cambia?
6. Deberías	Flexibilizar la regla. Comprobar su efecto. Preguntarse: ¿Que pruebas tengo para decir que eso debe ser así necesariamente? ¿Puedo comprobar si es tan grave si eso no ocurre como yo digo que debería ocurrir?

7. Falacia de recompensa divina	Buscar las soluciones en el presente. Preguntarse: ¿Tengo pruebas para decir que no puedo hacer algo ya para cambiar esto? ¿Qué podría ir haciendo ya?
--	--

Entonces, en la hoja de auto-registro anote las distorsiones que parecen contener esos pensamientos y las alternativas así:

Situación	Emoción	Pensamiento automático	Conducta	Nuevos pensamientos	Nueva conducta
“Mi marido llevo a casa y no me besó”	Tristeza	<p>“No le importo nada”</p> <p>DISTORSION COGNITIVA: Personalización</p>	“Llorar, callarme y ponerme más triste”	<p>“No tengo pruebas de que no le importe, ha tenido atenciones”</p> <p>“QUE NO ME SALUDE NO QUIERE DECIR QUE NO ME QUIERA O QUE NO SEA IMPORTANTE”</p>	“Converso con él”

1. Aplicación práctica:

Retomando algunos de los auto-registros realizados por el participante aplicamos la técnica de la triple columna

2. Asignación de tareas:

Se le pide al participante que continúe con la elaboración de las hojas de auto-registro, incluyendo las nuevas columnas, con el fin de modificar el pensamiento y las distorsiones frente a diversas situaciones.

Sesión 5:

Objetivos:

- Conceptualizar la definición de Autonomía.
- Identificar actitudes, habilidades y/o destrezas que se debe tener para adquirir la autonomía.

Tiempo de la sesión: 2 horas.

Orden de la sesión:

1. Saludo
2. Revisión de la tarea
3. Temática central: Adquisición de autonomía
4. Aplicación practica
5. Asignación de tareas

Desarrollo de la sesión:

1. Saludo:

Un saludo de bienvenida para usted, a esta nueva sesión denominada Adquisición de autonomía.

2. Revisión de la tarea:

En cada sesión se abordará y discutirá el diario de pensamiento u hoja de auto-registro. A continuación se dará un espacio para la socialización de la tarea, con el objetivo de realizar un análisis de los pensamientos y como se pueden modificar.

3. Temática central: Adquisición de autonomía

Concepto de Autonomía

Entendemos por autonomía personal la capacidad que tiene el hombre de decidir por sí mismo la forma de realizarse como tal, siendo el agente de su propia realización personal.

La libertad o capacidad de decisión que implica la autonomía no es sólo ausencia de imposición (condición, desde luego, de un efectivo obrar libre), sino que supone la posibilidad de elección y de compromiso en un determinando sentido o dirección. No

se trata de ejercer la libertad con la indiferencia o ausencia de compromisos, ni tampoco de un hacer injusto, que no esté sometido a normas y leyes. El carácter del acto autónomo, libre, lleva implícito, junto a la capacidad de elegir, aceptar o decidir ante una situación, el compromiso ante ella.

Obviamente este responsabilizarse ante la vida propia es un proceso lento, que nunca es alcanzado plenamente, y en el cual la persona debe hacerse cargo progresivamente de su propia existencia, mediante el ejercicio de la iniciativa personal, la elección, decisión y responsabilidad. Una conquista gradual de la autonomía personal que supone:

- ✓ Capacidad de reflexión o de toma de conciencia de sí mismo. Actuar desde sí mismo y siendo consciente de sí mismo, lo que es garantía de objetividad en la percepción de situaciones y en la adquisición de compromisos y responsabilidades.
- ✓ Capacidad de autodeterminación o de adopción de decisiones en libertad, con plenitud de conciencia, desde el conocimiento y control de sí mismo como fundamento del compromiso y de la autorresponsabilidad.

A través de la intervención se ha de fomentar la capacidad de análisis y ponderación de las diversas circunstancias que a cada uno le son propias. Hay que ayudar a conseguir la posibilidad de objetivar la valoración tanto de las dificultades como de las propias fuerzas. Objetividad que no califique cómodamente de imposible aquello que no es tal, que no cuente sólo con las propias fuerzas, sino que permita a la persona pensar también en las fuerzas de quienes están dispuestos a ayudar, sabiendo solicitar y agradecer la ayuda recibida.

Pero es necesario pasar del análisis a la acción. El individuo tiene que aprender a luchar por superar las dificultades previstas e imprevistas con las que sucesivamente ha de encontrarse. Anticiparse, programar, actuar, equivocarse y acertar, evaluar..., primero desde acciones determinadas por otros y, progresivamente, desde su propia iniciativa son aspectos fundamentales para el ejercicio de la auto-determinación, cuestiones que deben ser consciente y firmemente apoyadas.

4. Aplicación práctica

De acuerdo con lo anteriormente expuesto se pedirá al participante que identifique actitudes, habilidades y/o destrezas que se debe tener para asumir la capacidad de dirigirse a sí mismos (autonomía).

5. Asignación de tareas

Se le pide al participante que identifique en su diario vivir qué actitudes toman frente a la adquisición de su autonomía

Sesión 6:

Objetivo:

- Identificar y formular el proyecto de vida personal.

Tiempo de la sesión: 2 horas.

Orden de la sesión:

1. Saludo
2. Revisión de la tarea
3. Temática central: Proyecto de Vida
4. Aplicación practica
5. Asignación de tareas

Desarrollo de la sesión:

1. Saludo:

Un saludo de bienvenida para todos, en esta nueva sesión denominada Proyecto de vida.

2. Revisión de tarea asignada:

En esta parte de la sesión se dará un espacio para la socialización de la tarea, con el objetivo de realizar un autoanálisis a nivel general.

En cada sesión se abordará y discutirá el diario de pensamiento u hoja de auto-registro.

3. Temática central: Proyecto de Vida

Para formular de manera clara un proyecto de vida se deben tener en cuenta conceptos como visión, misión y objetivos que se exponen así:

- ✓ **Visión Personal:** Es una imagen futura que la persona desarrolla sobre sí mismo, tomando en cuenta la realidad en la cual se desenvuelve. Su finalidad es ser la guía de proyecto de vida personal, en un contexto de cambios y disminuir la posibilidad de que se pierda el rumbo.

✓ **Misión Personal:** Es la imagen actual que enfoca los esfuerzos que se realizan para conseguir los objetivos, proyectos o planes. La misión debe ser concreta y capaz de indicar el éxito de la labor.

✓

✓ **Objetivos:** Son como las intenciones que tenemos para llevar a cabo una meta, la formulación de los objetivos precisa la toma en consideración de unos principios básicos para su eficaz aplicación, para que sean útiles deben cumplir los siguientes requisitos: 1) explícitos; 2) precisos; 3) definidos en el tiempo; 4) alcanzables; 5) observables; 6) evaluable; 7) comunicado.

Se dará un ejemplo con el fin de consolidar los objetivos que los participantes propongan y que para lograrlos deben realizar algunos pasos:

Ejemplo: El objetivo es... realizar un viaje a la Costa en Diciembre junto con toda la familia, entonces los pasos para poder lograr ese objetivo serán...

- Programar el tiempo para las vacaciones, para que coincida con el de los niños y el esposo.
- Ahorrar mensualmente cierta cantidad de dinero.
- Comprar los pasajes.
- Programar el equipaje a llevar.
- Y por supuesto prepararme para disfrutar.

4. Aplicación práctica:

Teniendo como guía el ejemplo anterior, desarrolle la misión personal, visión personal y los objetivos de su proyecto de vida.

5. Asignación de tareas

Fijar metas a un (corto plazo), tres (mediano plazo) y cinco (largo plazo) años en el área económica, laboral, familiar, social, espiritual y consigo mismo.

AREAS	TIEMPO (años)		
	1	3	5
ECONOMICO			
LABORAL			
FAMILIAR			
SOCIAL			
ESPIRITUAL			
CONSIGO MISMO			

Anexo 9

Registro Fotográfico de las Sesiones





