



Evaluación de variables psicológicas y físicas de los pacientes con
discapacidad motora

Agámez Melendez, Ingrid Johana
Cohen Guzman, Diana Paola
Martínez Dovale, Luz Marina

Pereira, F
asesor

Universidad Tecnológica De Bolívar
Psicología
Cartagena de Indias
2005

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se desarrolló una escala de evaluación en donde se midió las variables psicológicas de pacientes con discapacidad motora, el propósito es crear una escala que vaya de acuerdo a las necesidades y capacidades de los pacientes, para poder demostrar a través de esto lo que les acontece en el ámbito psicológico; Se aplicó la prueba de escalonamiento a una muestra de 15 pacientes con hemiplejía que demostró discapacidad a nivel motor, sin comprometer el área del lenguaje; Los resultados obtenidos en el procedimiento permitieron observar y describir lo que sucede en el ámbito psicológico por una discapacidad motora.

EVALUACIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD MOTORA

Los movimientos se pueden iniciar por diversos medios; El cerebro y la medula espinal incluyen distintos sistemas motores, cada cuál, puede controlar simultáneamente distintos tipos específicos de movimiento, por ejemplo, una persona puede hablar y caminar con un amigo al mismo tiempo, mientras lo hace, tal vez haga gestos con las manos para enfatizar algo, o quizá se rasque al sentir comezón, espante una mosca, se limpie el sudor de la frente, etc. Caminar, los ajustes de postura, el movimiento de los brazos y de los dedos supone la participación de diferentes sistemas especializados. (Neil, L, Carlson; 2000)

Casi todos los movimientos “voluntarios” que inicia la corteza cerebral se realizan por la activación cortical de patrones de función que se almacenan en áreas cerebrales inferiores (médula, tronco encefálico, los ganglios basales y el cerebelo); la corteza cerebral es la que contiene el 80% de todas las neuronas del sistema nervioso central. (Guyton hall: 2001)

“La corteza motora se divide en tres subáreas, cada una tiene su propia representación topográfica de grupos musculares y funciones motoras específicas del cuerpo: la corteza motora primaria, el área premotora y el área motora suplementaria; la corteza motora primaria se localiza en los lóbulos frontales comienza en la Cisura de Silvio; La cara y la región de la boca esta representado cerca de la cisura de Silvio; el área del brazo y la mano, en la

parte media de la corteza motora primaria, el tronco cerca de la parte alta del cerebro y la zona de las piernas y pies en la parte de la corteza primaria; área promotora se localiza justo anterior a la corteza motora. Las señales nerviosas generadas en esta área producen patrones de movimiento mucho más complejos que los patrones de la corteza motora primaria; área motora suplementaria: se localiza en la cisura longitudinal, esta área con el área premotora proporciona movimientos posturales, de fijación de los diferentes segmentos del cuerpo, movimientos posicionales de la cabeza y ojos, etc., como base para un control mas fino de los brazos y manos por el área premotora y la corteza premotora primaria”. (Guyton hall: 2001) P. 765.

El tronco encefálico esta formado por el bulbo raquídeo, la protuberancia y el mesencéfalo, se trata de una extensión de la medula espinal, que contiene los núcleos motores y sensitivos responsables de las funciones motoras y sensitivas de la cara y las regiones de la cabeza, se encarga de muchas funciones especiales de control ya que finalmente sirve de estación intermedia para los comandos procedentes de los centros nerviosos superiores que ordenan al tronco encefálico iniciar o modificar funciones específicas de control en todo el cuerpo. (Guyton hall: 2001)

“Además de las áreas corticales cerebrales que controlan la actividad muscular, existen otras dos estructuras encefálicas también esenciales para una función motora normal se trata del cerebelo y los ganglios basales. El cerebelo desempeña papeles importantes en la cronología de las actividades

motoras y en la progresión rápida y suave de un movimiento al siguiente, también ayuda a controlar la intensidad de la contracción muscular; los ganglios basales, contribuyen a planificar y regular los patrones complejos de movimientos, mediante el control de la intensidad relativa de movimientos secuenciales, de la dirección de movimientos y de la secuencia de los movimientos múltiples sucesivos y paralelos para el logro de complicados objetivos motores. Los ganglios basales constituyen otro sistema motor accesorio; reciben casi todas sus señales de entrada de la propia corteza y a su vez casi todas las señales de salida regresan a la corteza, estos ganglios están localizados en torno al tálamo ocupando gran parte de las regiones más profundas de ambos hemisferios cerebrales”. (Guyton hall: 2001) P. 781.

El sistema de control motor se puede lesionar, especialmente por un trastorno común denominado “ictus”. Este obedece a una ruptura de un vaso sanguíneo que produce una hemorragia o una trombosis en una de las principales arterias del cerebro, casi todas las lesiones de la corteza motora, afectan no solo a la corteza motora primaria, sino también a áreas corticales adyacentes y a estructuras más profundas del encéfalo en particular a los ganglios basales. En estos casos se produce un espasmo muscular de las áreas musculares afectadas del lado opuesto del cuerpo. Se cree que el espasmo obedece en esencia la lesión de las vías accesorias de porciones no espiramidales de la corteza que normalmente inhiben a los músculos vestibulares y reticulares del tronco encefálico. Cuando cesa la inhibición de

estos núcleos, se activa de forma espontánea y genera un tono espástico excesivo en las áreas afectadas del cuerpo. (Guyton hall: 2001)

“Cuando ocurre una lesión grave en los ganglios basales, el sistema cortical de control motor deja de suministrar estos patrones, donde la escritura se torna primitiva, como si la persona tuviera que aprender a escribir por primera vez, los pacientes con lesiones graves de los ganglios basales presentan deficiencias para las funciones de cronología y proporcionalidad”. Guyton hall: 2001 P. 793. (Rapidez del movimiento y control de la amplitud); Con este concepto, también se relaciona una condición caracterizada por músculos tensos o rígidos y reflejos tendinosos profundos exagerados, que interfieren con la actividad muscular, la marcha, el movimiento el lenguaje. La Espasticidad, que generalmente resulta de daños en el área motora del cerebro (la cual es la porción de la corteza cerebral que controla el movimiento voluntario) o en cualquier porción de la materia gris subcortical (nervios que viajan desde el cerebro hasta la médula espinal). (Maurice V, Ropper, A; 2002)

La ALS, o esclerosis lateral amiotrófica, es una enfermedad de las partes del sistema nervioso que controlan el movimiento de los músculos voluntarios. La palabra amiotrófica significa "sin nutrimento muscular" y se refiere a la pérdida de las señales que los nervios envían normalmente a los músculos. Lateral significa "al lado" y se refiere a la ubicación del daño en la médula espinal. Esclerosis significa "endurecimiento" y se refiere al estado endurecido de la médula espinal en la ALS avanzada. (Maurice V, Ropper, A; 2002)

En Estados Unidos, la ALS se conoce también como enfermedad de LouGehrig, en honor del jugador de béisbol de los yanquis que murió en 1941 debido a ese mal. En Inglaterra y en otras partes del mundo, se le conoce frecuentemente como enfermedad de las neuronas motoras, refiriéndose a las células que se pierden en esta enfermedad. (Maurice V, Ropper, A; 2002)

Muchas personas con ALS algunas veces para sorpresa de colegas y profesionales del cuidado de la salud mantienen un sentido de perspectiva y humor. Un síntoma "emocional" de ALS que algunas personas experimentan puede relacionarse puramente con la fisiología de la enfermedad. Conocida como parálisis pseudobulbar, implica estallidos prolongados de risa o accesos de llanto que no están en proporción con la situación del momento o que no son apropiados a ésta. (Maurice V, Ropper, A; 2002)

La enfermedad de Parkinson es un trastorno degenerativo y lentamente progresivo del sistema nervioso que presenta varias características particulares: temblor de reposo, lentitud en la iniciación de movimientos y rigidez muscular. La enfermedad de Parkinson afecta aproximadamente al 1 por ciento de la población mayor de 65 años y al 0,4 por ciento de la población mayor de 40 años. (Maurice V, Ropper, A; 2002)

En algunos casos la enfermedad de Parkinson es una complicación tardía de la encefalitis vírica, una infección semejante a la gripe, relativamente

infrecuente pero grave, que produce la inflamación del cerebro. En otros casos, la enfermedad de Parkinson se debe a procesos degenerativos, fármacos o productos tóxicos que interfieren o inhiben la acción de la dopamina en el cerebro. Por ejemplo, los antipsicóticos utilizados en el tratamiento de la paranoia grave y de la esquizofrenia interfieren con la acción de la dopamina sobre las células nerviosas. (Maurice V, Ropper, A; 2002)

La enfermedad de Parkinson a menudo se inicia de forma insidiosa y avanza de forma gradual. En muchas personas se inicia como un temblor de la mano cuando está en reposo. El temblor es máximo en reposo, disminuye con el movimiento voluntario de la mano y desaparece durante el sueño. El temblor, leve y rítmico, se intensifica con la tensión emocional o el cansancio. Aunque el temblor aparece en una mano, al final puede pasar a la otra y afectar a brazos y piernas. Pueden afectarse también la mandíbula, la lengua, la frente y los párpados. (Guyton hall: 2001)

El deterioro en el control de la musculatura de las manos provoca dificultad creciente para las actividades diarias, como abrocharse los botones de la camisa o atarse los cordones; Las facciones son menos expresivas debido a la inmovilidad de los músculos de la cara responsables de la expresión. A veces, esta falta de expresión se confunde con una depresión, aunque muchas personas con enfermedad de Parkinson se vuelven efectivamente depresivas. Con el tiempo la cara adquiere una mirada perdida, con la boca abierta y una disminución del parpadeo. Es frecuente que estas personas babeen o se

atraganten como consecuencia de la rigidez muscular en la cara y en la garganta, lo que dificulta la deglución. Estos pacientes suelen hablar susurrando con voz monótona y pueden tartamudear debido a la dificultad que tienen para expresar sus pensamientos. La mayoría mantiene una inteligencia normal, pero muchos desarrollan demencia. (Guyton hall: 2001)

La corea consiste en movimientos involuntarios, breves, espasmódicos, semejantes al baile, que se inician en una parte del cuerpo y pasan a la otra de un modo brusco e inesperado, y a menudo de forma continua.

La corea y la atetosis, se tratan de síntomas que pueden ser consecuencia de varias enfermedades distintas. Las personas con corea y atetosis presentan anomalías en los ganglios basales del cerebro. Los ganglios basales intervienen en la precisión y uniformidad de los movimientos que se inician después de recibir las órdenes del cerebro. La corea puede empeorar a causa de fármacos o enfermedades que alteren los valores de dopamina o que modifiquen la capacidad del cerebro para reconocer la dopamina. (Guyton hall: 2001)

La enfermedad de Huntington es la que produce con mayor frecuencia la corea y la atetosis, pero es bastante infrecuente y afecta a menos de 1 de cada 10 000 personas. La enfermedad de Sydenham (también conocida como el mal de San Vito o corea de Sydenham) es una complicación de una infección en la infancia producida por estreptococos que puede durar varios meses. A veces, la corea afecta sin razón aparente a las personas de edad avanzada y particularmente aparece en los músculos de la boca. También puede afectar a

mujeres en los 3 primeros meses del embarazo, pero desaparece sin tratamiento poco después del parto. (Guyton hall: 2001)

La enfermedad de Huntington (corea de Huntington) es una enfermedad hereditaria que suele iniciarse en la edad media de la vida. Se caracteriza por sacudidas ocasionales o movimientos espásticos y por una pérdida gradual de neuronas, evolucionando progresivamente a estados de corea, atetosis y deterioro mental. (Guyton hall: 2001)

Dado que la enfermedad de Huntington es un trastorno autosómico dominante, los hijos de las personas afectadas tienen el 50 por ciento de probabilidades de desarrollarla. Sin embargo, es difícil determinar la edad exacta en que se produce, porque la enfermedad aparece de forma insidiosa. Los síntomas suelen manifestarse entre los 35 y los 40 años de edad. (Maurice V, Ropper, A; 2002)

Durante las fases iniciales de la enfermedad de Huntington las personas afectadas pueden mezclar de forma espontánea los movimientos intencionados con los anormales, por lo que estos últimos pueden pasar desapercibidos. Con el tiempo, los movimientos se hacen más obvios y finalmente los movimientos anormales se manifiestan en todo el cuerpo, dificultando la deglución y el vestirse. Incluso el hecho de quedarse quieto al estar sentado se vuelve casi imposible. Mediante la tomografía computadorizada (TC) pueden observarse ciertos cambios característicos en el cerebro. Al principio, los cambios mentales

producidos por la enfermedad de Huntington son sutiles, pero las personas afectadas se vuelven progresivamente irritables y excitables, y pierden el interés en sus actividades habituales. Más adelante pueden presentar un comportamiento irresponsable y a menudo deambular sin rumbo. Pueden perder el control sobre sus impulsos e incurrir en la promiscuidad y, con el tiempo, acaban perdiendo la memoria y la capacidad del pensamiento racional, pudiendo manifestar una depresión grave con intentos de suicidio. La muerte suele producirse al cabo de 13 a 15 años desde la aparición de los primeros síntomas, como consecuencia de una pulmonía o debido a las lesiones de una caída fatal. (Guyton hall: 2001)

Miastenia gravis: Una alteración caracterizada por la profunda debilidad de los músculos esqueléticos, los síntomas se inician en los músculos de la cabeza, produciendo descenso de los párpados, visión doble y el enlentecimiento del habla en estadios posteriores, la parálisis de los músculos implicados en la deglución y la respiración, pueden convertirse en amenaza para la vida. (Rosenzweig, M; 2000)

La apoplejía o accidente cerebrovascular, o "ataque del cerebro," ocurre cuando la circulación de la sangre al cerebro falla. Las células del cerebro pueden morir por la disminución en el flujo de sangre y por la falta de oxígeno. Existen dos categorías amplias para la apoplejía: las causadas por bloqueo del flujo de sangre y las causadas por sangrado. Aunque no es usualmente fatal, una obstrucción de un vaso sanguíneo en el cerebro o en el cuello es la causa

más frecuente de apoplejía y es responsable de aproximadamente el 80 % de los ataques del cerebro; Estos bloqueos se originan por tres condiciones: la formación de un coágulo en un vaso sanguíneo del cerebro o el cuello, llamada trombosis; el movimiento de un coágulo de otra parte del cuerpo así como del corazón al cuello o al cerebro, llamada embolismo; o un estrechamiento severo de una arteria en o que conduce al cerebro, llamado estenosis. (Rosenzweig, M; 2000)

Estos episodios breves, conocidos como ataques de isquemia transitorios o TIAs (del inglés), a veces son llamados "mini-ataques cerebrales."

Según el tipo de región comprometida por la ECV, se presentan diversos síntomas:

Apatía, por compromiso del lóbulo frontal derecho y parte medial del cíngulo; Llanto y risa patológicos con lesión del lóbulo parietal derecho; Mutismo acinético, debido a infarto talámico; Manía, compromiso del lóbulo frontal derecho y Depresión. (Rosenzweig, M; 2000)

En el trauma craneoencefálico, Se presentan, afasia, trastornos en la atención, irritabilidad, ansiedad, depresión, labilidad afectiva, apatía, agresividad, agitación, psicosis postraumática, delirios, cambios en la personalidad y rara vez, demencia. (Tamayo, J; 2001)

Con respecto a las relaciones de la esclerosis múltiple con la calidad de vida se ha podido comprobar como aquella afecta de forma importante a la valoración que realizan los sujetos de sus condiciones de salud. Sin embargo,

habría que seguir trabajando para determinar con mayor exactitud las relaciones entre ambas ya que la tendencia mostrada por los sujetos no se ajusta del todo a los valores obtenidos en otro lugar con las poblaciones de crónicos; teniendo en cuenta esto, se ve la importancia de trabajar en los enfermos de esclerosis múltiple en aspectos tan relevantes como el estado de ánimo, la ansiedad y otras variables psicológicas. (Tamayo, J; 2001)

Las alteraciones neuropsicológicas del TEC pueden sistematizarse en déficit cognoscitivos, alteraciones conductuales, emocionales y de personalidad, las cuales pueden limitar el desempeño del individuo en la vida cotidiana y en el trabajo.

Los déficits cognoscitivos que se observan con mayor frecuencia son las alteraciones de memoria, de atención y enlentecimiento. Los trastornos emocionales y los cambios de personalidad más observados son, el aislamiento social, el descontrol impulsivo, la irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, la depresión, la desinhibición, etc. Se suman las actitudes del sujeto frente a la incapacidad y sus implicaciones en la calidad de vida futura. Estas secuelas dificultan la readaptación social y laboral, a veces en mayor medida que las limitaciones físicas.

La encuesta realizada por el INE permite tener una información ajustada sobre la discapacidad, la dependencia y el estado de salud de la población española, y es un instrumento muy valioso para la detección de las necesidades de nuestro sector. (Hernaz, E; 2003)

De los datos que se desprenden de dicha encuesta, se puede extraer lecturas significativas. Más de 1.450.000 personas con discapacidades tienen dificultades severas o totales para realizar actividades de la vida diaria, lo que supone el 41% del total de personas con discapacidad que recoge la encuesta del INE; Analizando los datos referidos a los menores de 64 años vemos que de 1.405.992 personas con discapacidad de entre 6 y 64 años, más de la mitad tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria. En el caso de 482.486 personas (el 61% de ellas), esta dificultad es grave, y se corresponden a personas con afectaciones severas o totales. En el caso de personas con discapacidad, mayores de 64 años, casi el 70% tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria. El 68% de ellas tiene dificultad grave. (Hernaz, E; 2003)

La mayoría de las personas con una discapacidad, muestra niveles intelectuales en el rango normal. Aun así, aproximadamente el 30 a 50% de los pacientes manifiestan una leve disminución intelectual. No obstante, un buen porcentaje de los pacientes muestran, hipocondría, depresión, e histeria en pruebas psicológicas como la del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI en sus siglas en inglés); En un estudio, tales indicadores de patología emocional, fueron asociados con el desempleo, la pérdida de la capacidad para caminar y de usar los brazos. En conjunto, la tasa de desempleo es sustancialmente bajo (en EUA) para las personas con discapacidad, siendo cercano al promedio de los no discapacitados. A pesar de esto, un alto nivel educativo está correlacionado con una alta tasa de empleo, que es algo que ha

mejorado recientemente la autoestima de este grupo de personas; Esto implica que los perfiles de personalidad alterada de las personas con discapacidad impactan sustancialmente en los índices de integración social y empleo, y de hecho, podría ser tan importante como las habilidades físicas con respecto a esto. La educación al parecer es muy importante con relación a la obtención de empleo y a la autoestima, por lo que debe ser fomentada en estas personas. (Hernaz, E; 2003)

Aunque la ALS acorta la vida, no tiene que destruirla. Un gran número de personas con ALS tienen vidas emocionalmente ricas con sus familiares y amigos, siguen con sus carreras o intereses actuales o encuentran nuevas carreras e intereses. Las personas con ALS son artistas, escritores, físicos, médicos, padres, amantes y jugadores de póker.

Como lo que produce la discapacidad, es una disminución muy importante de la autoestima debido al quiebre del narcisismo, la regresión que produce la mujer es operativamente útil al ego debido a que recuperar la funcionalidad con respecto a las actividades de la vida diaria coincide con los roles establecidos socialmente y con los ideales que se estructuraron en la elección de pareja. La única manera para recuperar la autoestima de la mujer es justamente auto-rehabilitarse porque coincide con el deseo del otro, en este caso, su pareja. (Hernaz, E; 2003)

No sucede lo mismo con el hombre porque socialmente no coincide con el deseo de la otra parte. Esto se debe a condicionamientos sociales, machismo;

rol de sustento de la familia; relaciones sociales hacia fuera; diferencia de manejo de las relaciones afectivas familiares que están más afuera que dentro del grupo familiar. (Hernaz, E; 2003)

Para constituir la muestra se incluyeron los pacientes con TEC evaluados por COMPIN entre los años 1989 y 1993 que, en su totalidad, ascendieron a 273 sujetos. Estos pacientes fueron citados para efectuar una evaluación del nivel de adaptación psicosocial y laboral en el momento del seguimiento (1997). Concurrieron 154 pacientes (56% de la muestra original), con un tiempo transcurrido post evaluación de 3 a 7 años. Se realizó una entrevista estructurada utilizando como apoyo adicional el cuestionario de Adaptación Psicosocial de N. Schooler. Las variables consideradas fueron: situación laboral actual, nivel de ingresos con relación a la situación previa e integración familiar y social posterior al accidente. (Hernaz, E; 2003)

El grado de incapacidad es determinado por la Comisión Evaluadora basándose en las secuelas que presenta el sujeto en las áreas neurológica, psiquiátrica y neuropsicológica, y que comprometen su capacidad de trabajo y adaptación global. (Rebolledo, P; 2000)

La presencia de problemas dentro del ambiente familiar se da con mayor frecuencia (95%) en el grupo de pacientes incapacitados totales. Los problemas se refieren a dificultades en la interacción conyugal, con los hijos o con otros

miembros de la familia que viven en el hogar, caracterizados por irritabilidad y agresividad.

Con respecto a la integración de los pacientes a su comunidad después del accidente, se aprecia que a mayor grado de incapacidad hay una mayor desadaptación al medio y aislamiento social (Hernaz, E; 2003)

Entre las variables psicológicas tradicionalmente estudiadas en las pacientes con LM, la más evaluada con diferencia ha sido la **depresión**. La mayoría de las investigaciones, se han realizado desde el enfoque de la psicopatología y se han centrado en la morbilidad psicológica de las personas con LM. También ha sido frecuente su estudio como indicador de adaptación a la LM. Algunos estudios han relacionado la depresión con el nivel de actividad (MacDonald, Nielson y Cameron, 1987) o con aspectos neuropsicológicos (Davidoff, et al. , 1990) presentes ante la aparición de una LM. (Begoña, M; león, A; 2003)

En ocasiones el estudio de la depresión en lesionados medulares se ha visto complementado con mediciones de la reacción emocional como el enfado, la hostilidad, y la ansiedad social.

Otras variables psicológicas a las que se ha prestado atención, aunque mucho menor, en el estudio de las personas con LM son el auto concepto, la autoestima, la imagen corporal, la apariencia personal y el cambio de valores; De las variables psicosociales estudiadas en las personas con LM una de las que más atención está recibiendo es el **apoyo social**. Los autores están de

acuerdo en su papel favorecedor del bienestar y de la adaptación a la LM, así como del estado de salud y de la calidad se han estudiado su relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con LM. (Begoña, M; león, A; 2003)

En numerosas ocasiones se ha señalado también la importancia del papel de la **familia** en el proceso de rehabilitación y de adaptación. Algunos autores han estudiado el impacto de la aparición de la lesión en la familia. En general predominan las LM completas (el 75,4%), de las cuales el 61,8% afectan a las extremidades inferiores (paraplejia) y el 13,6% son tetraplejas con afectación de las cuatro extremidades. De las lesiones incompletas (el 24,6%), hay un mayor número de personas con afectación de las extremidades inferiores (paraparesia, 15,3%) frente al 9,3% de tetraparesia, lesión que afecta a las cuatro extremidades. (Begoña, M; león, A; 2003)

Entre los factores personales que explican las variaciones en el afrontamiento se han señalado características sociodemográficas como la edad, el género y el nivel socioeconómico (Pelechano et al., 1994; Augusto y Martínez, 1998; De Miguel y García, 2000). Mientras que el papel de la *edad* no ha quedado aclarado en las diferentes investigaciones y el nivel socioeconómico no parecen relevantes, las diferencias encontradas en función del género apuntan hacia una mayor eficacia, selectividad y flexibilidad de las mujeres ante los cambios (Frankenhaeuser, 1982; Hyyppá, 1987), junto a una mayor utilización de la evitación, del afrontamiento centrado en la emoción y del

apoyo social (Carver et al., 1989; Endler y Parker, 1990), frente a los hombres que utilizan más eficazmente el afrontamiento centrado en el problema (Hovanitz y Koroza, 1989). Pero es necesario obtener más datos para poder sacar conclusiones al respecto. Según estos datos, el 22,88% de los sujetos presentan una depresión alta, mientras que el resto de la muestra no presenta niveles considerables de depresión, apoyando así la no-universalidad de la depresión en las personas con estas lesiones. (Begoña, M; León, A; 2003)

Respecto al afrontamiento actual, se ha encontrado que las personas extravertidas se caracterizan por una mayor «aceptación, conformismo y serenidad», una “adecuación de acción y calma” y una “entereza con siempre es posible algo peor”.

Según nuestros resultados, la extraversión parece ser un predictor de buena adaptación, de una mayor aceptación y de la utilización de estrategias centradas en la acción y con componente cognitivo positivo, tanto en el momento actual como en la fase aguda de la rehabilitación; Por el contrario, las personas de esta investigación con puntuaciones altas en neuroticismo, actualmente muestran un mayor «impacto intenso y negativo de enfermedad», una mayor «negación (II): Olvido y alejamiento del problema» y mayor «autoinculpación”. En esta misma línea, a mayor neuroticismo menor «aceptación-conformismo y serenidad», menor «entereza con siempre es posible algo peor» y menor presencia de «reestructuración de valores y visión del mundo (con solución de problemas pendientes con la familia y amigos)» El

neuroticismo también se asocia negativamente con el «rechazo de religión como estrategia de afrontamiento». (Begoña, M; león, A; 2003)

Por otro lado, parecen existir conductas más o menos estables a lo largo del tiempo, posiblemente asociadas a características de la persona, que no dependen del momento de la rehabilitación y son menos influenciadas por el paso del tiempo. De ahí la conveniencia de explorar su relación con las variables de personalidad, relación que podría explicar su estabilidad independientemente de su eficacia. Esta relación entre el afrontamiento y las variables de personalidad. (Begoña, M; león, A; 2003)

En 2001, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud –CIF, que reemplazó la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y minusvalías (CIDDM). Los términos de “deficiencia, discapacidad y minusvalía” utilizados por la anterior clasificación, fueron reemplazados para dar paso a una conceptualización que tiene en cuenta ya no la enfermedad (como lo hace la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10), sino la salud y los estados relacionados con ella. (Romero M; Sourdis, M; 2004)

Acorde con el enfoque propuesto por la OMS, Colombia, en los “Lineamientos de Política de la Habilitación y Rehabilitación Integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad” del Ministerio de la Protección Social (2003), adopta los conceptos de la CIF y está

elaborando un proyecto de Decreto para remplazar el Manual Único para la Calificación de la Invalidez (Decreto 692 de 1995) actualmente vigente, que utiliza las definiciones de invalidez, deficiencia, discapacidad y minusvalía, según la concepción de la antigua CIDDM. (Romero M; Sourdis, M; 20004)

La rehabilitación, de acuerdo a la Resolución 48/96 de 1994 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, “es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional”. (Romero M; Sourdis, M; 20004)

La rehabilitación ayuda a que los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular aprendan de nuevo las habilidades que pierden cuando se daña parte del cerebro. Por ejemplo, estas habilidades pueden incluir la coordinación de los movimientos de las piernas para poder caminar o ejecutar los pasos involucrados en cualquier actividad compleja. La rehabilitación también le enseña a los sobrevivientes, nuevas maneras de realizar tareas para

circunvalar o compensar cualquier discapacidad residual. Puede ser que los pacientes necesiten aprender a bañarse y vestirse usando una sola mano, o a comunicarse con eficacia cuando su habilidad para usar el lenguaje ha sido afectada. Hay un fuerte consenso entre los expertos en rehabilitación de que el elemento más importante en cualquier programa de rehabilitación es la práctica repetitiva cuidadosamente dirigida y bien enfocada, la misma clase de práctica repetitiva que toda persona realiza cuando aprende una nueva destreza como tocar el piano o lanzar una pelota de béisbol. (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín; 1999)

La terapia de rehabilitación comienza en la sección de cuidados intensivos del hospital después de que se haya estabilizado la condición médica del paciente, a menudo entre 24 a 48 horas después del ataque cerebrovascular. Los primeros pasos comprenden promover el movimiento independiente ya que muchos pacientes están paralizados o seriamente debilitados. A los pacientes se les instruye para que cambien de posición frecuentemente mientras que estén acostados en la cama y que participen pasiva o activamente en ejercicios de alcance para aumentar su movilidad y fortalecer sus extremidades lesionadas por la apoplejía. (Los ejercicios pasivos de alcance para aumentar la movilidad son aquellos en los que el terapeuta, ayuda físicamente al paciente a mover una extremidad repetidamente, mientras que los ejercicios "activos" son realizados por el paciente sin la ayuda física del terapeuta). Los pacientes van progresando de sentarse solos, y cambiarse de la cama a una silla, a pararse,

sosteniendo su propio peso y a caminar, con o sin asistencia. (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín; 1999)

Las enfermeras y los terapeutas de rehabilitación ayudan a los pacientes a realizar tareas progresivamente más complejas y exigentes, como bañarse, vestirse, y utilizar el inodoro, y les animan a que comiencen a utilizar sus extremidades deterioradas por la apoplejía para realizar estas tareas. (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín; 1999)

Los tipos y grados de discapacidad que resultan de una apoplejía dependen del área del cerebro que ha sido dañada. Generalmente, una apoplejía puede causar cinco tipos de discapacidades: Parálisis o dificultad para controlar el movimiento, perturbaciones sensoriales incluyendo dolor, problemas para usar o comprender el idioma, problemas con el pensamiento y la memoria, y perturbaciones emocionales Parálisis o problemas para controlar el movimiento (control motor), (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín; 1999)

La parálisis es una de las discapacidades más comunes que resulta de una apoplejía. Generalmente la parálisis es solamente en el lado del cuerpo opuesto al lado del cerebro dañado por la apoplejía, y puede afectar la cara, un brazo, una pierna, o un lado entero del cuerpo. Esta parálisis de un solo lado se llama hemiplejía (la debilidad de un solo lado se llama hemiparesia). Los pacientes de una apoplejía con hemiparesia o hemiplejía pueden tener dificultad para realizar las actividades diarias como caminar o agarrar objetos. Algunos pacientes que

sufrieron una apoplejía tienen problemas para tragar, lo que se llama disfagia, debido al daño a la parte del cerebro que controla los músculos para tragar. Un daño a la parte inferior del cerebro llamado cerebelo puede afectar la habilidad del cuerpo para coordinar el movimiento, es decir, una discapacidad llamada ataxia, que conduce a problemas con la postura corporal, el caminar y el equilibrio; Muchas personas que sobreviven una apoplejía sienten miedo, ansiedad, frustración, rabia, tristeza y una sensación de pesar por sus carencias físicas y mentales. Estos sentimientos son una respuesta natural al trauma psicológico de una apoplejía. Algunas perturbaciones emocionales y cambios de personalidad son el resultado de los efectos físicos del daño cerebral. La depresión clínica, que es una sensación de desolación que interrumpe la habilidad de la persona para funcionar, parece ser el trastorno emocional que los sobrevivientes de una apoplejía sienten más a menudo. Las señales de una depresión clínica incluyen perturbaciones en el sueño, un cambio radical en los patrones de alimentación que pueden conducir a una pérdida o aumento repentino de peso, letargo, reclusión social, irritabilidad, fatiga, auto-desprecio, y pensamientos suicidas. La depresión después de la apoplejía se puede tratar con medicamentos antidepresivos y terapia psicológica. (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín; 1999)

Los terapeutas ocupacionales también enseñan a las personas cómo desarrollar estrategias compensatorias y cómo cambiar aquellos elementos de su medio ambiente que limitan las actividades con un propósito. Por ejemplo, las personas que tienen uso de una sola mano pueden sustituir los botones en su ropa con cerraduras de Velcro. Los terapeutas ocupacionales también

ayudan a los sobrevivientes de un ataque cerebrovascular a usar aparatos de asistencia, como bastones, andadores, o sillas de ruedas. Finalmente, muchos terapeutas ocupacionales enseñan a las personas cómo hacer cambios en sus casas para aumentar la seguridad, remover barreras, y facilitar el funcionamiento físico, por ejemplo, instalando barras para agarrarse en los baños. Los terapeutas de recreación ayudan a las personas con una variedad de discapacidades a desarrollar y usar su tiempo libre para mejorar su salud, independencia, y la calidad de vida. (Martines; M; 2000)

La plasticidad y la repetición son los dos principios clave en los que debe basarse la rehabilitación de trastornos del sistema nervioso. "La existencia de plasticidad neuronal o la capacidad que tiene el sistema nervioso de adaptarse y compensar ante situaciones nuevas, en el caso de estos trastornos, implica una readaptación para compensar un déficit en una situación de disfunción. Hay evidencia científica de que el sistema nervioso, incluso del adulto, es plástico. Cuanto más compleja sea la función que se quiere compensar y cuanto mayor sea el individuo, más difícil es la recuperación, hasta el punto de que hay trastornos que no son rehabilitables a cierta edad o cuando ya no existe capacidad plástica cuando se interrumpen canales físicos seccionados, como la médula o el nervio óptico". (Martines; M; 2000)

Técnicas novedosas como el PET o la estimulación magnética han permitido comprobar que "tras una lesión las áreas no lesionadas adyacentes empiezan a cambiar de forma prácticamente inmediata, activándose en exceso e intentando

modificarse y compensar la zona trastornada. Este proceso de replanteamiento del sistema nervioso tan activo sirve de base para una estrategia rehabilitadora". (Martines; M; 2000)

El plazo de tiempo para intervenir está definido, puesto que el sistema nervioso se acaba adaptando. "En una patología aguda es de meses; en una crónica todavía no lo sabemos porque es muy lento. Hay que buscar todos los métodos que aumenten ese proceso. (Martines; M; 2000)

La rehabilitación de trastornos motores ha estado tradicionalmente despreciada. A juicio de José Obeso, "esta falta de atención obedece a dos razones: que el concepto de rehabilitación se ha desarrollado exclusivamente en patología locomotora dentro de la traumatología, y que, además, la rehabilitación neurológica ha carecido, hasta el momento de doctrina". (Crueger, David, W. 20001)

El concepto de neurorrehabilitación es muy amplio, ya que muchas enfermedades neurológicas graves suelen cursar con alteraciones de la memoria, de la capacidad de atención, del lenguaje o de la capacidad de razonar. "La neurorrehabilitación comprende, además de la rehabilitación motora, la cognitiva e incluso emotiva. Esta parte requiere a su vez hipótesis de trabajo distintas y pluridisciplinares. No hay que cometer el mismo error, puesto que la neurorehabilitación implica que hay que profundizar en el análisis del

problema específico mediante técnicas adecuadas y precisas" P. 93 (Martines; M; 2000)

La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en un contexto social, por lo que un abordaje psicológico puramente individual probablemente sólo ofrecerá una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad. (Crueger, David, W. 20001)

Por otro lado, las circunstancias socio-culturales determinan, entre otras muchas cosas, las actitudes y comportamientos del individuo con relación a la salud y a la enfermedad, puesto que da contenido a los propios conceptos de salud y de enfermedad. Esa circunstancia proporciona, por ejemplo, el papel social de enfermo, e, incluso, determina muchas veces la aparición de "patologías" nuevas como la hiperactividad y epidemias "funcionales" como el dolor crónico, la cual ocurrió en Australia en los años ochenta. También es el contexto cultural, el que asigna un contenido "estigmatizante" a determinadas enfermedades, como pudieran ser en su momento la lepra, la tuberculosis, el cáncer y ahora el SIDA; Y el que puede establecer la "bondad" de determinadas causas para otras enfermedades. Así actualmente, parece que en medios urbanos, el estrés, los nervios, la tensión, etc, son los causantes de muchos problemas de salud y, además, "no están mal vistos". (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín, 2000)

En términos generales, el término específicamente referido al binomio de salud / enfermedad, la conducta del hombre sano y la conducta del hombre

enfermo, no pueden comprenderse si se les separa de su circunstancia socio-cultural. Vivimos formando parte de grupos y definimos nuestra realidad personal por referencia a nuestra circunstancia (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín, 2000)

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, se plantea la pregunta de investigación ¿Qué deficiencias presentan los pacientes en las variables psicológicas asociadas con la discapacidad motora?

De acuerdo con este planteamiento el objetivo general de la investigación es evaluar las variables psicológicas asociadas a la discapacidad motora; los objetivos específicos son:

- Diseñar una prueba que mida variables psicológicas del paciente con discapacidad motora.
- Medir y evaluar el déficit que se pueda presentar o generar en cualquiera de las variables psicológicas.
- Observar y describir las variables implicadas en pacientes con discapacidad motora.

Las variables psicológicas se definen conceptual y operacionalmente:

Variable Psicológica Social: se define conceptualmente como un proceso que consiste en el desarrollo de hábitos, destrezas y valores compartidos por los miembros productivos y responsables de una sociedad en particular. (Kochanska, 1993; Papalia, 2001);

Definida operacionalmente mediante la prueba de escalonamiento tipo Likert, diseñado para identificar y valorar objetiva y psicológicamente la actitud pacientes con discapacidad motora frente a esta situación, diseñada por las investigadoras.

Variable Psicológica Emocional: Se define conceptualmente como multidimensional en donde existen los fenómenos subjetivos, biológicos, propositivos y sociales; es decir compuesto por, sentimientos subjetivos, reacciones biológicas, agentes de propósito y envíos de señales faciales reconocibles, de postura y vocales que comunican la calidad de nuestra emotividad a otros.

Definida operacionalmente mediante la prueba de escalonamiento tipo Likert, para medir las características comportamentales auto observadas asociadas con los conceptos anteriores (Reeve, 2003.)

MÉTODO

Diseño:

Este es una investigación de carácter no experimental, de tipo tecnológico (diseño de instrumentos), A su vez es de tipo descriptivo debido a que se observó, midió y evaluó un conjunto de variables psicológicas sin intentar establecer relaciones casuales ni manipulación de variables, así mismo busca especificar las propiedades importantes de personas grupos y comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Hernández, Fernández, Batista; 2003),

Participantes:

La siguiente investigación fue dirigida a la población que presenta discapacidad a nivel motor en donde se realizó una evaluación de variables psicológicas que están asociadas con esta discapacidad; Los participantes en este proceso fueron 15 sujetos evaluados, distribuidos entre hombres y mujeres (7 mujeres y 8 hombres), quienes están en edades comprendidas entre 20 y 50 años de edad y que pertenecen a diferentes clases sociales.

Instrumento:

Se diseñó un prototipo de instrumento que mide actitudes con método de escalonamiento tipo Likert, diseñado para identificar y valorar objetiva y psicológicamente a pacientes con discapacidad motora.

Cada respuesta de los ítems, tiene asignado un valor que va del uno al cinco, el orden de estas respuestas (la ascendencia o descendencia) esta dependiendo de la pregunta, ya que esta puede ser negativa o positiva; Este cuestionario, recoge aspectos emocionales y sociales teniendo en cuenta el afrontamiento de los pacientes con discapacidad motora y las percepciones al nivel de nuestro entorno, sociedad y cultura en general.

Este cuestionario ha sido diseñado y estudiado por personas que participan de la cultura a la cual esta dirigido.

El fundamento teórico en la cual se apoyo el cuestionario, esta conformado por un esquema conceptual que toma de un lado el contenido de los conceptos psicológicos que se han desarrollado durante el progreso de la psicología como ciencia, y los resultados de investigaciones empíricas.

Este instrumento consta de dos partes: la primera esta conformada por una parte Social: se define como un proceso que consiste en el desarrollo de hábitos, destrezas y valores compartidos por los miembros productivos y responsables de una sociedad en particular. (Kochanska, 1993; Papalia, 2001); la segunda parte Emocional: Se define como multidimensional en la cual existen los fenómenos subjetivos, biológicos, propositivos y sociales; es decir compuesto por, sentimientos subjetivos, reacciones biológicas, agentes de propósito y envíos de señales faciales reconocibles, de postura y vocales que comunican la calidad de nuestra emotividad a otros. (Reeve; 2003)

Para observar mas detenidamente la prueba de evaluación ver anexos.

Procedimiento:

Para el desarrollo de la investigación se diseñó una escala psicológica para pacientes con discapacidad motora en el que se seleccionaron 15 pacientes de varios centros hospitalarios conformados entre hombres y mujeres (7 mujeres y 8 hombres), que manifestaron las características presentadas anteriormente, ya que en un solo centro no se encontraron todos los pacientes necesarios por lo cual se procedió a elegir otros centros hasta que se completaran los pacientes requeridos.

Estos pacientes tenían las siguientes características:

Que presenten ACV, o alguna anomalía cerebral, que no este afectada el área del lenguaje, que presenten hemiplejía, que este afectada el área motora y que puedan ser rehabilitados.

Se les aplicó por individual la prueba de escalonamiento tipo likert, con las siguientes instrucciones:

A continuación encontramos un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios en los cuales se pide la elección de uno de los cinco puntos de la escala, cada respuesta consta de un valor que gradúa que tan de acuerdo esta usted con cada una de las siguientes opiniones.

Cada respuesta de los ítems tiene asignado un valor que va del uno al cinco; cuando la pregunta es positiva, las respuestas van en orden descendente y cuando la pregunta es negativa las respuestas van en orden ascendente.

Luego se paso a revisar y calificar la prueba con el fin de obtenerle resultado esperado para este proceso se escogió cada variable y se sumaron

por individual, luego de acuerdo a la puntuación de cada paciente, se iban asignando en su respectivo nivel.

La comprensión de la escala no presenta mayor dificultad y su aplicación con duración limitada estaba acorde con las necesidades y capacidades de los pacientes para poder lograr el objetivo. Posteriormente luego de cumplir con lo anterior se procedió a la observación medición y descripción de las variables psicológicas en pacientes con discapacidad motora.

RESULTADOS

A partir de los datos obtenidos en los resultados de la prueba aplicada a los pacientes con discapacidad motora, se realizó un análisis detallado de cada una de las variables psicológicas.

Para determinar los resultados de la prueba se tuvo en cuenta la cantidad de respuestas asignadas a los respectivos valores nominales de cada uno de estos; se establecen los siguientes intervalos.

Escalas para la evaluación de las variables psicológicas (sociales, emocionales)

- Muy alto 41-50 puntos
- Alto 31 -40
- Medio 21-30
- Bajo 11-20
- Muy bajo 0 –10

Durante la asignación de estos intervalos, los valores que se establecieron, para realizar la evaluación de las variables psicológicas (social y emocional), se tuvo en cuenta el número de preguntas que constituyen cada una de las variables estudiadas(10) y el valor asignado a cada una de las posibles respuestas (son 5 tipos de respuestas), es decir cada respuesta tiene un valor que va de 1 a 5; para establecer las escalas en cada intervalo, entre uno y otro nivel, se suman aquellas respuestas que estas clasificadas dentro de un nivel y que clasifican en una escala, es decir las respuestas con

valor de 1, van dentro del nivel muy bajo debido a que la sumatoria de estas oscila entre 1 y 10; las respuestas con valor de 2, están clasificadas en el nivel bajo porque al sumarlas el valor total oscila entre 11 y 20; lo mismo suceden con las respuestas que tienen el valor de 3, que se encuentran clasificadas dentro del nivel medio ya que su totalidad al sumarlas va entre 21 y 30; las respuestas con el valor de 4, están dentro del nivel alto ya que al sumarlas aumentará su valor entre 31 y 40; y las respuestas con mayor valor(5), se encuentran dentro del nivel muy alto, ya que al sumarlas dará entre 41 y 50; Los valores que oscilan en los intervalos están establecidos así por el número de preguntas que tiene cada variable evaluada. Después de realizar este proceso se encontró que en la variable de interacción social así como en el afrontamiento y las emociones presentaron en su mayoría un bajo nivel representando así el 66% de los pacientes a quienes se les aplicó la prueba, lo que quiere decir que en el total de 15 pacientes 10 simbolizan este puntaje entre lo que se pudo observar se evidencia que 8 de estos pacientes eran hombres y 2, eran mujeres; También se encuentra un 20% de los pacientes, en un nivel medio, lo cual muestra a 3 pacientes que corresponde a las mujeres , en donde sus relaciones con los demás son consideradas adecuadas, el otro 14% de estos pacientes, que corresponde a las 2 pacientes restantes, representan un alto nivel en cuanto a sus habilidades de socialización e integración con los demás, Se puede observar con mayor detalle en la tabla 1.

Tabla 1. **INTERACCIÓN Y RELACIONES SOCIALES**

Valoración de puntuación	porcentaje
Muy Alto 41 -50	7%
Alto 31 – 40	7%
Medio 21-30	20%
Bajo 11-20	66%
Muy bajo 0 -10	0%

Ahora analizando la variable de afrontamiento y emociones se encuentra que en la mayoría de los pacientes, representado por el 66% del total de los evaluados presentan inestabilidad emocional y un inadecuado afrontamiento con respecto a la incapacidad de cual padecen, esto corresponde a los 10 pacientes, que esta integrado por hombres y mujeres, en donde 5 de estos pacientes son hombres y las otras 5 son mujeres, lo que quiere decir que solo el 34% de estos incapacitados a nivel motor, se encuentran en dentro del promedio y niveles superiores, esto representa a los 5 pacientes restantes, quienes están en el promedio 1 hombre y 2 mujeres; y en los superiores los 2 hombres restantes. Hay que tener en cuenta que estos resultados han podido variar, debido a que en la actualidad no se puede comparar con el estado psicológico que venían aplicando antes de la enfermedad. Para mas detalles se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2. **EMOCIONES Y AFRONTAMIENTO**

Valoración de puntuación		porcentaje
Muy Alto	41 -50	0%
Alto	31 - 40	7%
Medio	21-30	27%
Bajo	11-20	66%
Muy bajo	0 -10	0%

DISCUSIÓN

Durante la revisión de los resultados encontrados en esta investigación se logró comprobar que para un paciente es importante el funcionamiento normal de su estado físico, durante la vida diaria y que este puede afectar negativa o positivamente su estado psicológico, si este manifiesta alguna discapacidad, por lo que puede mostrar de alguna manera, un cambio a nivel conductual e interferir con su vivir a diario; Durante la investigación se encontró un promedio el cual, manifiesta los síntomas que generalmente son llamativos para una intervención psicológica, en cuanto a interacción social y estabilidad emocional debido a una discapacidad. Estos resultados podrían estar relacionados con el efecto consecuente del apoyo familiar o fuerte contacto con éstos o sus amigos durante este periodo en el que se encuentran, también puede que el estado de ánimo varíe, como también podría influir la forma en que se generó la anomalía, la relación que tenga con el personal de cuidado como: médicos, especialistas, terapeutas etc.

Se podría decir que al 34% restantes del total de pacientes les afectó de manera positiva las características anteriores en las variables psicológicas específicamente, esto nos dice que según la temática de estudio o investigaciones realizadas anteriormente, estos pacientes son “felices” ya que Las enfermeras y los terapeutas de rehabilitación ayudan a los pacientes a realizar tareas progresivamente más complejas y exigentes, como bañarse, vestirse, y utilizar el inodoro, y les animan a que comiencen a utilizar sus

extremidades deterioradas por la apoplejía para realizar estas tareas. (NINDS.nih.gov. 2005).

Teniendo en cuenta los conceptos revisados en la literatura sobre los pacientes con enfermedades cerebrovasculares como el ACV en donde por lo general presentan los siguientes síntomas: Alteraciones en la conducta, depresión, pérdida de autoestima, estrés, Limitación en el funcionamiento y restricción para actividades del cuidado personal, locomoción y participación social. Se puede decir que por lo general, este diagnóstico se presenta en este tipo de pacientes, ya que indica el 66% de estos, entre hombres y mujeres presentan este tipo de síntomas, haciendo referencia a la variable de emociones y afrontamientos por lo que suelen presentar trastornos emocionales que es lo que se presenta mas a menudo en este tipo de pacientes, con señales de depresiones que incluyen perturbaciones en el sueño y en la alimentación, cambios de personalidad y aislamiento social, baja tolerancia a la frustración y depresión, en esta variable la vulnerabilidad en los pacientes de presentar estos síntomas esta en las mismas condiciones para hombres y mujeres, ya que en los resultados se evidencia a los hombres y mujeres en el mismo nivel. También tenderán a asumir actitudes de incapacidad e implicaciones en su calidad de vida, como se representa en otras investigaciones realizadas por el INE; Hernaz, E;(2003);

En el porcentaje obtenido en la variable de integración y relaciones sociales, también se evidencia lo concerniente a la interacción conyugal, con los hijos o con otros miembros de la familia que viven en el hogar, y mas que todo en el hombre como arrojaron los resultados, lo que muestra en estos pacientes

condicionamientos sociales, machismos, el rol del sustento de la familia y manejo de relaciones afectivas familiares como menciona Hernaz, E;(2003) y que en las mujeres es menos vulnerable por lo que es menos complejo recuperar la funcionalidad con respecto a las actividades de la vida diarias que coincide con el rol establecido en la sociedad; Por lo cual estas afirmaciones no son tan contradictorias a los resultados obtenidos en esta investigación.

Estas estadísticas encontradas en la presente investigación han podido variar por un descuido en el control detallado de algunas variables que pueden pasar desapercibidas pero que han podido generar cambios en la obtención de los resultados, como por ejemplo, el estatus socioeconómico del paciente, las políticas de la institución, las creencias personales, las tradiciones familiares, las capacidades intelectuales y sus disminuciones; Las cuales se deben tener en cuenta para una futura intervención efectiva.

Estos resultados sirven para un mayor conocimiento de los pacientes a nivel psicológico con respecto a la percepción que presenten frente a la anomalía; Como también tener en cuenta la no-generalización de los pacientes, ya que cada uno es una persona con características individuales diferentes a las de los demás, como también para que en posteriores investigaciones se prepare y se lleve a cabo una intervención psicológica con estos pacientes.

Esto nos lleva a Promocionar la participación de “la habilitación /rehabilitación, orientación y apoyo, a medidas para la equiparación de oportunidades en la persona con discapacidad, con el fin de lograr que el sistema general de la sociedad (como son el medio físico y cultural, la vivienda, el transporte, los servicios sociales y sanitarios, educación y trabajo,

comunicación, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo), ayudando a las personas con una variedad de discapacidades a desarrollar y el uso del tiempo libre para mejorar la salud, independencia y calidad de vida, sea accesible a todas las personas (Naciones Unidas 1996). Por lo tanto, las medidas que se tomen a este nivel deberán incidir sobre el medio físico y social, eliminando todas las barreras que impidan la igualdad y la plena participación del individuo en su entorno.

Con el fin de eliminar o reducir las secuelas de deficiencias o limitaciones en la capacidad de ejecución de actividades, se promovería a la aplicación de medidas terapéuticas y la utilización de tecnología para el desarrollo o mejoramiento de funciones físicas, mentales y/o sensoriales, y apoyo a la integración familiar, ocupacional y social.

Esta actuación implica la realización de una evaluación que determine un diagnóstico o estado actual y un pronóstico o estado deseado, para el establecimiento de una intervención oportuna y eficiente, aspectos que disminuyen tiempo y tecnologías innecesarias. Esto debe ser aprovechado para iniciar el apoyo a la integración socioocupacional de la persona, en procesos tempranos de rehabilitación profesional, siempre y cuando las condiciones de la persona lo permitan.

Para el desarrollo de una habilitación /rehabilitación funcional eficiente, se debe contar con la actitud positiva y asertiva de la persona, la participación y apoyo de la familia y la comunidad y con unos servicios oportunos y de calidad por parte de las instituciones o de los profesionales que a nivel independiente los presten. Es decir, cada uno asume su responsabilidad.

REFERENCIAS

Barlow, D; Durand, M. (2001): Psicología Anormal. Segunda edición Ed. Thomson.

Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín, (1999): Psicología de la Rehabilitación editorial mafre, S.A.

Begoña, M; León, A, (2003): Estrategias De Afrontamiento Y Proceso De Adaptación A La Lesión Medular. Edita Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

Crueger, David, W. (2001): Psicología de la rehabilitación. Editorial librería santa Fé.

Guyton hall; (2001): Tratado de Fisiología Médica décima edición Ed. McGraw Hill.

Hernández, R; Fernández, C; Baptista; P (2000): metodología de la investigación México. McGraw Hill.

Hernaz Gracia, E; (2003): Discapacidad Severa y Vida Autónoma Cermi Estatal. De La Asociación De Disminuidos Físicos De Aragón, Vicepresidente 4º Del Cermi Aragón

Martines; M;(2000): Revista De La Sociedad Española De La Rehabilitación Y Medicina Física

Maurice V, Ropper, A; (2002): Principios De Neurología séptima edición.

Murcia2003; Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia; (España)

Neil, L; Carlson, N; (2000): Fundamentos De Psicología Fisiológica Ed. Pretice hall.

OMS-OPS: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001

Papalia, D; Wendkos, S; Duskin, R; (2001): Psicología Del Desarrollo, octava edición ed. McGraw Hill.

Polibea; (2001) La OMS presenta la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) No. 56.

Rebolledo, P; 2000: Medline ghtrae@gw.achs.cl

Reeve, J. (2003): Motivación y Emoción. Tercera edición Ed. McGraw Hill.

Romero, M; Sourdis, M, (2004): República De Colombia Ministerio De La Protección Social, Dirección De Promoción Social

Rosenzweig, M; (2000): Psicología Fisiológica Ed. McGraw Hill.

Tamayo, J; 2001: Psicofarmacología On Line Copyright ©

Www.ninds.nih.gov.htm: National Institute Of Neurological Disorders And Stroke.

anexo

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTORA

A continuación encontramos un conjunto de ítem presentados en forma de afirmaciones o juicios en los cuales se pide la elección de uno de los cinco puntos de la escala, que identifique que tan de acuerdo esta usted con cada una de las siguientes opiniones:

Objetivo: obtener un indicador que nos permita establecer la situación psicológica en la que se encuentra el paciente con respecto a las variables social, emocional y física, para así crear acciones encaminadas al mejoramiento continuo del paciente en su calidad de vida.

INTEGRACIÓN Y RELACIONES SOCIALES

1. ACTUALMENTE CONSERVO MIS AMISTADES

- a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Neutro
d. En desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo

2. DURANTE MI INCAPACIDAD HE ESTABLECIDO NUEVAS AMISTADES

- a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Neutro
d. En desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo

3. PIENSO QUE MIS RELACIONES SOCIALES SON MÁS INTENSAS QUE LAS DE MIS AMIGOS

- a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Neutro
d. En desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo.

4. DESDE QUE ESTOY SIENDO TRATADO POR MI DISCAPACIDAD HE PERDIDO LOS AMIGOS QUE TENGO.

- a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Neutro
d. En desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo

5. DESDE QUE PRESENTO LA DISCAPACIDAD PIENSO QUE TENGO DIFICULTADES PARA CONOCERME CON LA GENTE Y ESTABLECER RELACIONES PERSONALES.

- a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Neutro
d. En desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo

6. DESDE QUE SUFRO DE DISCAPACIDAD SALGO MENOS DE MI CASA

- a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Neutro
d. En desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo

7. A CAUSA DE SU DISCAPACIDAD HA TENIDO PROBLEMAS CON SU NÚCLEO FAMILIAR

- a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Neutro
d. En desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo

8. HE SENTIDO RECHAZO CON LA FAMILIA DE MI PAREJA O DE MIS AMIGOS

- a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Neutro
d. En desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo

9. DURANTE MI ESTADO DE INCAPACIDAD HE SENTIDO APOYO POR PARTE DE MI FAMILIA.

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

10. DESDE MI INCAPACIDAD SALGO A DIVERTIRME CON LA MISMA FRECUENCIA DE ANTES

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

EMOCIONES Y AFRONTAMIENTO

1. PENSÉ QUE NO ERA LA ÚNICA PERSONA EN EL MUNDO CON ESE PROBLEMA Y POR ESO SALDRÍA ADELANTE.

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

2. PIENSO QUE MI VIDA HA CAMBIADO RADICALMENTE

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

3. PIENSO QUE COMO SOY UNA PERSONA CON SUERTE, EL MUNDO NO ME VA A CAMBIAR RADICALMENTE.

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

4. PIENSO QUE HE TENIDO MUY MALA SUERTE EN LA VIDA

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

5. ME CRITICO A MI MISMO/A PORQUE CREO QUE TENGO PARTE DE LA CULPA AL MENOS

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

6. PIENSO EN LO QUE PUEDA SUCEDERME

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

7. CUANDO HAGO UN BALANCE DE MI VIDA PASADA CREO QUE ME HAN SALIDO MAS COSAS MAL QUE BIEN.

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

8. ME CONSIDERO UNA PERSONA ALEGRE Y ACTIVA

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

9. A MENUDO ME SIENTO DE MAL HUMOR, DESCONCERTADO/A

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Neutro
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

10. CUANDO SE ME PRESENTA UN PROBLEMA POR PEQUEÑO QUE LES PAREZCA LOS DEMÁS, A MÍ SIEMPRE ME PARECE UNA MONTAÑA. Y HAGA LO QUE HAGA CREO QUE NO PODRÉ SOLUCIONARLO.

- a. Totalmente de acuerdo b. De acuerdo c. Neutro
d. En desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo

Valores para la evaluación de las variables psicológicas (sociales, emocionales)

- Muy alto 41-50 puntos
- Alto 31 -40
- Medio 21-30
- Bajo 11-20
- Muy bajo 0 –10

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
MARCO TEORICO	2
MÉTODO	29
Diseño	29
Participantes	29
Instrumentos	29
Procedimiento	31
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	37
REFERENCIAS	41
ANEXOS	