



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

“LA ADQUISICIÓN DE UNA DISCAPACIDAD Y SU  
IMPACTO EN EL INDIVIDUO”

## TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**ANA KARLA CAMACHO ROJAS**

DIRECTORA:

**LIC.MARÍA DEL ROSARIO GUZMÁN RODRÍGUEZ**



**IZTACALA**

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, EDO. MEX. 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos.**

Primero que nada me gustaría dedicarle este trabajo a la vida, pues siempre me ha permitido vislumbrar caminos distintos y transformar cada parte de mi persona, sin duda mi instructora eterna, leí en algún sitio “Cosas difíciles son puestas en nuestro camino, no para pararnos, sino para llamar a nuestro coraje y fortaleza” permitiéndome aprender que “cuando aceptamos nuestros límites, vamos más allá de ellos”.

El siguiente agradecimiento es para Mi madre y mi Papila, por ser mi apoyo incondicional, mis formadoras más exigentes durante mi trayectoria escolar y en especial de vida, por haber sido las primeras en creer en mí, hoy en día veo con agrado que todo lo existido vale la pena, mucho de ello es por su paciencia, perseverancia y gusto en ver cosas mejores en mí.

A Manuel Alejandro C. R. gracias a ti hermanito por volver mi vida un divino caos, por ser lo que eres, amigo, compañero... por todo el afecto que te tengo y por ser tú conmigo.

A mis maestros y profesores, ya que sin ellos con sus enseñanzas e influencias probablemente estaría en otra parte o no haciendo aquello que me gusta, en especial a mi directora de tesis María del Rosario Guzmán, por confiar y creer en mi cuando menos lo hacía yo, por mostrarme mucho más allá de la psicología, para mi una maestra de vida a la que estoy eternamente agradecida.

A mis amigos, por estar conmigo en las buenas y en las malas, por enseñarme un poco más de mí por medio de ellos, por motivarme... sin demeritar a nadie, pero de manera muy especial para Anita, Adry y Hugo... sí ustedes, por aguantarme tanto con mis rollos en general.

Dedicatoria y agradecimiento a Carmen, Julieta, René y la Dra. Delza Lugo, gracias a ustedes, por su confianza y por ayudarme a la realización de esta tesis.

A quienes estuvieron y ahora no están en este plano, sus enseñanzas en cada momento compartido de mi vida, los llevo siempre.

A mis compañeros y amigos del grupo 17 Tláloc y al “Clan de Rovers Prometeo” por ser para mí una segunda familia durante muchos años, ser importantes en mi formación scout y personal. A mis amigos del grupo 48 Atlacuihuayan, por ser hermanos scouts y compartir experiencias.

Al grupo de Teatro Luz... que marcó una nueva etapa en mi vida.

## **LA ADQUISICIÓN DE UNA DISCAPACIDAD Y SU IMPACTO EN EL INDIVIDUO.**

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1. Discapacidad.....</b>	<b>13</b>
1.1 Definición.....	13
1.2 Tipos de Discapacidad.....	16
1.3 Discapacidades adquiridas.....	18
1.4 Características de la discapacidad.....	19
<b>Capítulo 2. Técnicas de rehabilitación.....</b>	<b>25</b>
2.1 ¿Qué es la rehabilitación?.....	25
2.2 Diferencias entre habilitar y rehabilitar.....	27
2.3 Casos de habilitación y rehabilitación. ....	29
2.4 Técnicas formales aplicadas.....	31
2.5 Técnicas formales no aplicadas.....	32
2.6 ¿En qué casos aplicar dichas técnicas?.....	37
<b>Capítulo 3. Cambios en el estilo de vida ante la adquisición de una discapacidad.....</b>	<b>39</b>
3.1 Condiciones de la discapacidad.....	39
3.2 El duelo.....	41
3.3 Aspectos psico-emocionales y corporales.....	43
3.4 Reestructuración del plan de vida.....	45
<b>Capítulo 4. Procesos y procedimientos para afrontar la discapacidad.....</b>	<b>50</b>
4.1 Instituciones.....	50
4.2 Demanda principal.....	54
4.3 Tratamiento.....	57
4.4 Dinámica Familiar.....	62
<b>Capítulo 5. Un acercamiento a las discapacidades adquiridas.....</b>	<b>66</b>
5.1 Análisis de casos.....	66
<b>Conclusiones.....</b>	<b>76</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>79</b>

## RESUMEN

La discapacidad es una condición que afecta el estilo de vida de las personas que lo poseen así como a la o las personas que lo rodean, para hablar sobre la discapacidad es necesario conocer qué es, así mismo saber cuáles son los tipos de discapacidades que existen, cuál puede ser su origen, sus causas y que características tienen. Si bien es cierto que la discapacidad ha existido desde tiempos remotos, podemos decir que este hecho hace referencia a cualquier restricción o falta de capacidad para llevar a cabo una actividad determinada, por ello podemos entender que la discapacidad se refleja en las necesidades que el individuo afronta en su día a día.

Cabe destacar que el no poseer una habilidad para hacer una actividad puede ser superada, es decir existen técnicas de rehabilitación que ayudan dentro de este proceso, sin embargo hay que considerar que no es lo mismo hablar sobre lo que es un proceso de habilitación, el cual consiste en brindar las herramientas necesarias para poder hacer alguna actividad y a su vez la rehabilitación; que es el lograr reincorporar a una persona habilidades e instrumentos para aplicarlos en su estilo de vida.

Si tomamos en cuenta que el adquirir una discapacidad genera cambios en el individuo, es importante percatarse cuál es la condición de la persona o de la discapacidad que padece, así mismo considerar que hablamos de una pérdida de capacidad, por ello es necesario conocer si la persona a la que se está tratando está dentro de una etapa de duelo, que es lo que se busca a partir de este hecho así como el tipo de tratamiento que llevará a cabo en función de las necesidades que requiera a partir de su situación, también es importante adentrarse en la dinámica familiar, saber cómo se desenvuelve la persona así como los miembros de la familia involucrados.

Por ello, en esta investigación hablaremos de personas que se encuentran en esta situación para que nos compartan que impacto ha generado la discapacidad en su estilo de vida cotidiano y cómo están afrontando el vivir con este hecho a partir del acontecimiento que los dejó en ese estado.

## INTRODUCCIÓN.

En nuestro país la discapacidad es una condición que en los años ha atraído la atención de profesionistas de la salud interesados en ofrecer opciones de calidad de vida a quienes padecen esta situación, brindándoles los apoyos y beneficios necesarios para que puedan integrar esta condición en su día a día.

Cabe destacar que cuando se aborda este tema, hay que considerar la importancia de la reestructuración de las personas que han adquirido una discapacidad, es decir que ellos tendrán que entender que efectivamente no podrán hacer sus actividades cotidianas como anteriormente las realizaban, así mismo tendrán que reflexionar respecto a un nuevo ritmo de vida y obviamente de una manera diferente, integrando la discapacidad a su día a día, brindándoles habilidades que les sean útiles y les beneficien durante su trayectoria.

*“Reconstruir la identidad... a partir de una discapacidad adquirida requiere de tiempo y de apoyos. Hay que aprender nuevas claves y asumir nuevos roles. Resulta imprescindible trabajar, en su caso, también con la pareja” M.A. Franco Martín.*

Entendemos a la discapacidad como la disminución de una o más funciones físicas o psíquicas cuyo desarrollo y utilización resultan limitados. Por ello, cuando se toca este tema fácilmente viene a la mente, la imagen o el concepto de personas con síndrome de Down, autismo, ciegos, mudos, sordos entre otros. Sin embargo es importante tomar en cuenta el origen o la causa de esta, ya que estos son diversos al igual que sus grados por ejemplo:

- Nacimiento.
- Accidentes.
- Enfermedades.

Comprendemos que la causa por la que se tiene una discapacidad simboliza de diferente manera la forma en cómo se padece, a su vez el modo en cómo se va integrando esta situación a su estilo de vida. Por ello es importante tomar en cuenta que esta característica va más allá de una imagen visual y/o auditiva, e incluso de algunos conceptos o prejuicios, puesto que tener alguna de estas incapacidades no se trata de un punto aislado, involucra por principio de cuentas a un individuo con una historia y estilo de vida ya consolidado antes de este suceso, ya sea por antecedente o enfermedad. Por ende al vivir dentro de esta nueva situación sus habilidades y capacidades se verán afectadas, en ese sentido se tendrán que desarrollar e integrar nuevas destrezas que serán estimuladas día a día, logrando así superar las limitaciones que pudieran presentarse.

En estos casos se tendrán que considerar la infinidad de cambios que puedan suceder en el transcurso de una vida calificada como “normal”, ya sea anatómica, mental, psicológica y cognitivamente hablando, puesto que la adquisición de la discapacidad es un tema tan complejo y delicado, que incluso es fácil ignorarlo o mejor dicho es difícil ponerse a pensar en ¿Qué pasaría si de repente alguna persona se encontrara privada de cualquier habilidad que esta posea? O mejor aún trasladar esta pregunta a primera persona.

Quizá una falta de empatía o información al respecto ocasiona que este no sea un tema de investigación recurrente, a diferencia del Síndrome de Down, el autismo entre otras, que son tratadas desde el nacimiento; sin embargo las discapacidades adquiridas existen, por ello hay que preguntarse ¿Cuál es el impacto que ocasiona a una persona el pasar por esta situación? ¿Cuáles son las consecuencias que esto ocasiona? Por tanto se tienen que tomar los siguientes puntos en cuenta:



- ▣ Familia
- ▣ Existe un pasado.
- ▣ Necesita ayuda técnica
- ▣ Dependencia
- ▣ Dejar de sentirse deseable o útil (Percepción individual)
- ▣ Cambio de roles
- ▣ Necesita apoyo informativo, emocional y tal vez terapéutico.
- ▣ Disfrutar de su sexualidad
- ▣ Rehabilitación.

En este sentido entendemos a la Rehabilitación como el conjunto de medidas necesarias para mejorar las capacidades de una persona para su reintegración al medio social en el que se desarrollan habitualmente, mejorando su calidad de vida.

Dentro del esquema de la rehabilitación no sólo hay que hacer referencia a la rehabilitación física la cual trata a personas que presentan básicamente problemas motrices, o a la rehabilitación social dónde se incorporan a las personas en actividades de la vida cotidiana, dónde se trata a todos aquellos con alguna discapacidad e incluso a personas con adicciones.

En este caso hablaremos de una rehabilitación psicológica, la cual consideramos es crucial e igual de importante que las ya mencionadas e incluso va ligado con todo el proceso de rehabilitación puesto que se hablaría de re-estructurar a una persona a partir de las habilidades que tienen.

Es importante tener en claro el concepto de rehabilitación y no confundirlo con la "Habilitación", la cual se entiende como proporcionar un repertorio de capacidades y habilidades a personas que carecerán de ellas a causa de discapacidades que se tratan desde el nacimiento por ejemplo el Síndrome de

Down, parálisis cerebral, entre otras, por ello son diferentes cuando se trata de educación especial.

Existen diversas técnicas de rehabilitación las cuales se pueden ser formales y alternativas, estas son aplicadas de acuerdo a las necesidades de las personas con algún tipo de discapacidad, ya que son ellos quienes buscan algún método o mejor dicho, un tratamiento que les brinde de una manera integral una solución y sobre todo una estabilidad dentro de este proceso.

Por mencionar alguna técnica de rehabilitación formal se encuentra la fisioterapia, la cual es aquella que restaura el movimiento corporal humano. Y quienes recurren a ella frecuentemente son personas con alguna discapacidad física. Sin embargo existen otros tipos de terapias formales de rehabilitación para diversos tipos de discapacidad.

Por otro lado han venido surgiendo a lo largo de la historia de la rehabilitación las hoy conocidas terapias alternativas, las cuales se han venido consolidando en este trayecto brindando resultados satisfactorios para quienes las han probado, mostrando una eficacia y aceptación por quienes asisten a ellas.

Se tiene como una técnica alternativa de rehabilitación a la equinoterapia que es un método terapéutico que hace uso del caballo y su medio ambiente para rehabilitar básicamente a personas con parálisis o trastornos motrices.

La importancia de conocer las técnicas o tratamientos existentes es indispensable puesto que con este tipo de conocimiento se pueden ofrecer no sólo alternativas para los tratamientos, sino que pueden llegar a ser un complemento adecuado para hacer más efectivo el proceso de rehabilitación.

Sin embargo es bien sabido que no todas las técnicas pueden ser aplicadas en todos los casos, puesto que las características y necesidades de una discapacidad

varían de acuerdo al grado y al tipo de discapacidad que posea el usuario o la persona en tratamiento.

Entendemos que este tema trae consigo cambios fundamentales en el estilo de vida de estas personas, tales como el involucrarse en un proceso de rehabilitación, la percepción de sí mismos, al igual que la interacción social y que estos cambios no tienen por qué devaluar a las personas, sino todo lo contrario.

Se tiene que reflexionar sobre las condiciones en las que se pueda encontrar la persona, así como el tipo de discapacidad que se adquiere, ya que las características de esta va a establecer el cómo habría que reestructurar el nuevo estilo de vida, para generar nuevas habilidades en pro de quién la padece.

Por otra parte, el modo en como una persona pierde alguna de sus habilidades es crucial, puesto que el duelo que esta pudiera generar dentro de todo el proceso marca notoriamente la efectividad de la rehabilitación. Se trata de que estos individuos enfrenten esta pérdida de habilidades y que encuentren soluciones a las limitaciones que enfrentan.

Es necesario pensar en los aspectos psico-emocionales que representan para el individuo el tener una discapacidad así como el aspecto corporal, los cuales son puntos fundamentales, ya que partiendo de ellos se puede dar cuenta de los cambios por los que se atraviesa generalmente, la aceptación de estos cambios a nivel psicológico y físico.

Es notorio que este tema afecte en gran parte al plan de vida de las personas que padecen este proceso, puesto que hay que hacer todo un cambio en su estilo de vivir, acostumbrarse a nuevas cosas, tener otras limitaciones o incluso más limitaciones de las que uno pudiera imaginarse, eso sin tomar en cuenta las demandas que socialmente hablando son cruciales para las personas en general. Por ello al necesitar otro tipo de habilidades para reintegrarse al medio y mejorar

la calidad de vida, se tiene que hacer frente a un nuevo cambio en pro de los planes que se tenían con anterioridad, afrontándose a más objetivos que no se tenían planeados o incluso hacer cambios radiales dentro de este.

Dentro de la intervención es indispensable tomar en cuenta las principales demandas que la discapacidad adquirida tiene, por tanto son importantes para el óptimo tratamiento de esta. Sin embargo no se puede dejar de lado a la familia, la cual es importante durante de este proceso ya que básicamente son las redes de apoyo inmediatas de los pacientes que se encuentran en estas circunstancias y por tanto viven este proceso desde otra perspectiva. Por lo anterior es necesario también consolidar dentro del núcleo familiar un apoyo más homogéneo puesto que los cambios en la mayoría de los casos suelen ser complicados, al final vivir con una persona con discapacidad modificará el estilo de vida de la familia.

Es indispensable tomar en cuenta que las familias deben adecuarse a los nuevos cambios que se generan como el entorno habitacional relacionados a las adecuaciones en el hogar tanto en aspectos físicos como dinámicos.

Este tipo de transformaciones puede llegar a generar al principio algún tipo de tensión dentro de la función familiar, puesto que no todos pueden estar de acuerdo con el nuevo funcionamiento del hogar o en otros casos los cambios de actitud podrían variar a un asunto un tanto más condescendiente para quien padece la discapacidad ocasionando que esta se considere agredida o degradada en cierto modo por ello hay que prestarle la debida atención a la familia, pues al final es el medio principal donde desarrollamos una parte considerable de nuestra personalidad.

Sin duda la forma y/o el procedimiento para confrontar esta situación, es indispensable en todos los casos, en su mayoría las instituciones que apoyan a las personas con discapacidad se vuelven en una pieza importante para ayudar a asimilar óptimamente este proceso, ya que son en las instituciones dónde se

atienden las demandas y sobre todo es el lugar donde en muchas ocasiones se haya la información necesaria para un tratamiento adecuado.

Los tratamientos que se dan a personas con discapacidad son multidisciplinarios, puesto que no se pueden tratar de forma aislada ya que cada especialista tiene un valor fundamental en el proceso de tratamiento y rehabilitación que va desde los cuidados que se deben de tomar, el médico especialista, el psicólogo, la persona encargada de trabajo social entre otros.

Para dar cuenta de lo anterior va a ser necesario realizar un análisis de casos que servirán como parte aguas dentro de este proceso, puesto que en México no hay o se encuentran pocos artículos e información en relación al estudio de estos casos dónde la pérdida de capacidades físicas o cognitivas sean atendidas.

Por ello el objetivo de la presente investigación es conocer el proceso psicológico que pasa una persona que ha adquirido una discapacidad, así como el proceso de reincorporación en el ámbito laboral y /o social que atraviesan.

Es de suma importancia que tanto psicólogos, como sociólogos, médicos, enfermeras entre otros, conozcan y se sensibilicen ante esta situación que no sólo afecta al individuo en particular sino también a la familia y al medio donde se va desarrollando dentro de su trayectoria.

Los beneficios que esta tesis aportará a la psicología es una base para el tratamiento de personas con discapacidades adquiridas, puesto que no hay información al respecto o se habla limitadamente sobre el tema en cuestión, ya que la información más destacada en discapacidad es otra.

En cuanto a los beneficios para la salud, será un complemento para el óptimo tratamiento de las discapacidades adquiridas, puesto que abarca desde un punto de vista psicológico el cual forma parte del proceso de reintegración al medio

social y siendo un apoyo para la salud no sólo física, también psicológica del paciente.

Resulta indispensable que como profesionales de la salud, los psicólogos desarrollen estrategias de intervención a nivel cognitivo, ya que al adquirir una discapacidad el ser humano se ve ante la necesidad de reestructurar su vida.

Socialmente el beneficio que esta investigación aportará no solo es la sensibilización y comprensión del tema, también se pretende ampliar el panorama de la discapacidad, así como brindarle importancia a las personas que la adquieren, fomentando un apoyo y aceptación de estas personas que pasan por este complicado proceso y concientizar a la sociedad de que cualquier persona puede estar expuesto a adquirir una discapacidad.

## **DISCAPACIDAD.**

La discapacidad es una condición que afecta la vida de quien la sufre y de la familia. Existen diferentes tipos de discapacidad, empezaremos por definirla para posteriormente caracterizarla.

Por ello es considerado importante saber cuáles son los tipos de discapacidad existentes, así como hablar sobre las que son adquiridas, al igual que sus características, esto para comenzar a dar cuenta de la importancia y el impacto que puedan generar dentro del individuo

### 1.1 Definición.

Se tiene claro que desde tiempos remotos la discapacidad ha existido en las distintas culturas de todo el mundo, tradicionalmente y de acuerdo a la cultura la discapacidad se ocultaba, o en otros casos se dejaba morir a quien la padeciera, ya sea de nacimiento o al momento de adquirirla. Sin duda se puede dar cuenta del papel de la sociedad, en relación a esta problemática, así como la aceptación para las familias y el individuo en esta situación, en este caso se hablará sobre distintas maneras de entender a este tema.

Es necesario tomar en cuenta que para definir a la discapacidad es importante tener claro su significado, para ello se tomará en cuenta a Vaz y Cano (2006). Quienes hablan sobre tres conceptos específicos que de entrada, conviene aclarar. Se trata de los conceptos de “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía”.

El término deficiencia (*impairment*) hace referencia a la existencia de una alteración o anomalía de una estructura anatómica que condiciona la pérdida de una función, que puede ser tanto fisiológica como psicológica.

El concepto de discapacidad (*disability*) hace referencia a cualquier restricción o falta de capacidad (aparecida como consecuencia de una anomalía) para llevar a cabo una actividad determinada.

Finalmente, el término minusvalía (*handicap*) hace referencia a la existencia de una barrera presente en el individuo, como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, la cual limita o impide el desarrollo del rol que sería esperable en ese individuo en función de su edad, sexo y situación social y cultural.

Por tanto podemos ampliar las diferencias entre estos conceptos, y por tanto tenemos que el diccionario de psicología y psicoanálisis (2007), define este término como la disminución de una o más funciones físicas o psíquicas cuyo desarrollo y utilización resultan limitados. Sin embargo para precisar más sobre este término encontramos que, la OMS (2011) ve a la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive, por tanto se entiende que la discapacidad influye claramente en la interacción del individuo como un todo puesto que el ser humano vive y se desarrolla en sociedad.

Se entiende entonces que es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de



la sociedad en la que vive. El INEGI en el 2010 publicó que de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, presentada en 2001, *“las personas con discapacidad son aquellas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás”*.

Por otra parte es necesario tener en claro que la deficiencia, de acuerdo con el gobierno de Nuevo León (2009) menciona que es la pérdida o la anomalía de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente. Entre las deficiencias se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida por un miembro, órgano, tejido o cualquier otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental.

Complementando lo anterior Mom y Robert (2000), nos mencionan que la deficiencia puede ser temporal o permanente. Las consecuencias del contexto profesional o social o del entorno en su conjunto no se tienen en cuenta en esta categoría. En este caso, lo único que cuenta es la evaluación que hace el médico de la situación de la salud o la deficiencia de una persona, al margen de las consecuencias que esta pueda tener para ella.

Tomando en cuenta a las minusvalías de acuerdo con Fernández (1994). Se entiende que es un impedimento que sufre un sujeto dado, originado a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impida la realización de un rol que el normal (dependiendo de los factores de edad, sexo, contexto social y cultural) para el sujeto en cuestión. La minusvalía guarda relación con el valor que se atribuye a la situación o experiencia de un sujeto cuando se

aparta de la norma. Es decir que representa la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto a tal refleja las consecuencias (de orden cultural, social, económico y ambiental) que se derivan para el sujeto. Complementando lo anterior Franco (2006) menciona que la minusvalía afecta a alguna capacidad, destreza o competencia; por tanto no hay nada de sustancial en la minusvalía, alguien es más o menos válido que otro alguien en algo, es decir hablamos de comparaciones.

Quedando estos términos en claro podemos decir que la discapacidad refleja la situación personal del individuo que tiene una deficiencia, sin embargo, las consecuencias personales de una discapacidad dependen de la edad, el sexo, la posición social y la profesión, entre otros factores, los mismos o similares trastornos funcionales pueden tener consecuencias personales radicalmente diferentes para distintos individuos.

Para fines de este trabajo tenemos en claro que la discapacidad se refleja en las necesidades que el individuo afronta en su día a día.

## 1.2 Tipos de Discapacidad.

La discapacidad proyecta la situación personal del individuo que la presenta, es necesario enfrentarla varía en función a esta, es necesario hablar sobre las clasificaciones que han surgido en torno a este tema. El gobierno de Nuevo León (2009) hace mención de la siguiente clasificación.

**Discapacidad física:** Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

**Discapacidad sensorial:** Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

**Discapacidad intelectual:** Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral.

**Discapacidad psíquica:** Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales.

Así mismo para el INEGI en 2011 los tipos de discapacidad se basan en la siguiente clasificación, donde las más conocidas son:

- **Motriz.** Se refieren a la pérdida o limitación de una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas de todo el cuerpo o de una parte del mismo.
- **Visual.** Incluye la pérdida total de la vista, así como la dificultad para ver con uno o ambos ojos.
- **Mental.** Abarca las limitaciones para el aprendizaje de nuevas habilidades, alteración de la conciencia y capacidad de las personas para conducirse o comportarse en las actividades de la vida diaria, así como en su relación con otras personas.
- **Auditiva.** Corresponde a la pérdida o limitación de la capacidad para escuchar.
- **De lenguaje.** Limitaciones y problemas para hablar o transmitir un significado entendible.

Cabe mencionar que una persona puede tener más de una discapacidad, por ejemplo: los sordomudos tienen una limitación auditiva y otra de lenguaje o quienes sufren de parálisis cerebral presentan problemas motores y de lenguaje.

Sin embargo es posible apreciar que de acuerdo a estas dos clasificaciones de discapacidad se tiene que dentro de la categoría de lo sensorial se encuentra la sub-categoría vinculada a lo visual, auditivo y de lenguaje; por tanto la categoría física e intelectual irán relacionadas respectivamente con lo motriz, lo psíquico y mental, sin embargo para hacer más sencilla la clasificación en relación a lo mental y lo psíquico se denominara como discapacidad cognitiva.

### 1.3 Discapacidades adquiridas.

Se comprende que a lo largo de la historia el estar dentro de la norma, anatómica, psicológica y cognitiva es importante para desenvolverse dentro de los roles, usos y costumbres socialmente aceptados, sentirse y formar parte de este rubro involucra cumplir en su mayoría, con los estándares predeterminados, por tanto es necesario hacer hincapié en lo siguiente, cualquiera está expuesto a padecer algún tipo de accidente del cual se pueda derivar una discapacidad en cualquier etapa de la vida.

Chávez (2012), menciona que se conoce poco acerca de las diferencias que existen entre una discapacidad adquirida y una discapacidad sobrevenida, si bien es comprensible que los términos sugieren una similitud entre sí, no lo es en cuanto al efecto emocional que produce en las personas. Así mismo mencionó que en el 2011 se llevó a cabo un estudio psicológico que mide el impacto emocional que genera una discapacidad contraída en personas cuyo rango de edad oscila entre los 8 hasta los 40 años esto, en comparación con aquellas personas que nacieron con alguna discapacidad o que la adquirieron en etapas más tempranas. En el análisis de los resultados, no sorprende el hecho de haber detectado que existe mayor índice de depresión en las personas que adquieren la discapacidad.

Desde esta perspectiva es entendible que un individuo que nace con todas sus capacidades físicas y se desarrolla dentro de la norma durante algunos años genere cierta costumbre y dependencia de las mismas. Por tanto al ser consciente

del uso de dichas capacidades es lógico que esta persona experimente un proceso traumático por la pérdida. A diferencia del individuo que nace con la discapacidad donde este factor le impide comprender su uso y necesidad, disminuyendo el impacto de la misma.

Las discapacidades adquiridas que suceden después de una enfermedad o accidente la persona queda con secuelas, las cuales pueden dejarla en silla de ruedas, cuadriplejía, con alguna amputación, lesionados medulares de diferentes grados, estos son sólo algunos de los tipos existentes, de acuerdo con Franco (2006) una persona que tiene una discapacidad de cualquier tipo desde su infancia, construye su identidad de manera indisoluble junto a esta situación. Sin embargo, cuando esta es adquirida las cosas cambian. Hay un pasado. Por tanto es indispensable considerar que esta nueva realidad afecta sin duda todo lo que al individuo rodea y que en algunos casos las cosas no podrán volver a ser como antes. Es probable que en estos cambios traigan consigo ayudas técnicas, que se tenga dependencia de otras personas o que el modelo ideal de la percepción de sí mismos quede aún más lejos, cambios de roles, desvalorización e incluso una baja autoestima.

El INEGI reportó en el 2011 que los motivos que producen discapacidad en las personas pueden ser variados, por ello los clasifica en cuatro grupos de causas principales: nacimiento, enfermedad, accidente y edad avanzada. De cada 100 personas discapacitadas:

- **32** la tiene porque sufrieron alguna enfermedad.
- **23** están afectados por edad avanzada.
- **19** la adquirieron por herencia, durante el embarazo o al momento de nacer.
- **18** quedaron con lesión a consecuencia de algún accidente.
- **8** debido a otras causas.

#### 1.4 Características de la discapacidad.

A continuación se profundizará sobre las discapacidades, sus características particulares, con la finalidad de conocer más sobre las problemáticas particulares de cada una y dar cuenta de las habilidades que se pueden desarrollar a partir de ellas. De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud- (CIF) se hace la siguiente categorización.

#### Discapacidad Visual.

Las personas que tienen esta discapacidad presentan diferentes grados o no están afectadas por las mismas variables que se presentan en cada circunstancia (luz del ambiente, luz diurna o artificial, la tensión ocular) por ello se encuentran personas con las siguientes características.

Personas con visión central.- Pueden leer, ver detalles, reconocer caras y sin embargo suelen tener problemas en sus desplazamientos. Pueden incluso tener una impresión distinta a diferentes horas del día.

Personas con visión periférica.- Pueden no tener problemas en sus desplazamientos pero, al tener dañada la visión central, no reconocen a las personas con las que se encuentran, o por ejemplo, son incapaces de leer.

Personas con visión borrosa.- Son aquellas que ven todo borroso, como a través de un cristal muy sucio. Pueden presentar problemas tanto en sus desplazamientos como para ver los detalles. Por otra parte, teniendo en cuenta las alteraciones que la persona presenta en agudeza pueden establecerse los siguientes grupos diferenciados:

- a.- Personas con dificultades para el acceso a la información: Ej. Visión borrosa
- b.- Personas con dificultades para la Orientación y Movilidad: Ej. Sólo perciben tonalidades o luces y sombras, perciben siluetas pero no los detalles de los objetos.

c- Personas con problemas para la ejecución de las actividades de la vida diaria.

La discapacidad que provoca la falta de un sentido, generalmente intenta mitigar con el resto y en el caso de las personas ciegas o deficientes visuales, el tacto y el oído son los que cobran mayor importancia, se convierten en un vehículo de adquisición de información. Por medio del tacto pueden:

- Identificar y discriminar texturas
- Reconocer las formas, tamaños, pesos
- Establecer relaciones entre objetos: semejanzas, diferencias
- Conocer la temperatura y sus cambios
- Identificar objetos

Por medio del oído pueden

- Percibir la distancia y la profundidad en el entorno
- Detectar claves y señales que les orienten
- Detectar obstáculos

La correcta utilización del oído implica por tanto identificar, localizar, discriminar y seguir los sonidos además de ser muy útil para detectar la presencia o ausencia de una superficie u obstáculo por medio del sonido reflejado.

Discapacidad auditiva.

Se entiende por persona sorda, en término general, a aquella que tiene una pérdida auditiva en mayor o menor grado. Puede tratarse de una pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (cofosis). La sordera puede ser

hereditaria o aparecer como consecuencia de una enfermedad o de un golpe (traumatismo) o de la exposición a largo plazo al ruido.

De acuerdo a la región donde se localiza el problema, puede hablarse de:

Pérdida auditiva conductiva o de transmisión.- Ocasionada por una enfermedad u obstrucción en el oído exterior o medio.

Pérdida auditiva sensorial, neuro-sensorial o de percepción.- Cuando las células capilares del oído interno o sus nervios se encuentran dañados.

Pérdida auditiva mixta.- Combina aspectos de las pérdidas conductivas y sensoriales. Pérdida auditiva central.- Lesiones en los centros auditivos del cerebro, en este sentido hay que destacar que no todas las personas sordas tienen las mismas necesidades ni hacen uso de los mismos recursos.

Algunas personas emplean la comunicación a través de la Lengua de Signos, mientras que otras utilizarán como apoyo la lectura labial y en otros casos será necesario el uso de ayudas técnicas como audífonos, que no suponen una adaptación plena y una recepción completa de la información, sino un apoyo más. No todas las personas deficientes auditivas tienen la misma destreza para la lectura labial ni son capaces de rentabilizar en el mismo grado el mismo tipo de audífono.

La lengua de signos es el medio de comunicación más habitual pero su dominio precisa de una formación especializada. Además cada lengua tiene características diferentes. En 1984 la UNESCO aceptó el lenguaje de señas para el uso en la educación de niños y jóvenes con sordera.

#### Discapacidad Física.

Las personas discapacitadas físicas también pueden presentar diferentes patologías. Puede que afecten a los miembros superiores, a los inferiores, que



afecten a su totalidad o solo a determinados movimientos o gestos, que estén o no amputados, que se desplacen autónomamente o que utilicen sillas de ruedas.

Generalmente las personas con esta discapacidad presentan únicamente problemas de movilidad directamente relacionados con la accesibilidad física del entorno, una imposibilidad de ejecución de determinados recorridos o una lentitud en los movimientos y/o desplazamientos que han de llevar a cabo ayudados de prótesis, bastones, muletas o andaderas.

No obstante también existen personas con problemas de destreza manual o con deficiencias músculo-esqueléticas cuyos principales obstáculos se encuentran en la manipulación de objeto.

#### Discapacidad Psíquica.

Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta “trastornos en el comportamiento adaptativo, que previsiblemente será permanente. Puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos de pánico, por autismo o Síndrome de Asperger.

#### Discapacidad Intelectual o Cognitiva.

En función de la definición de discapacidad cognitiva, entendemos que la conducta adaptativa implica el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por la persona para funcionar en su vida de todos los días, por lo que no basta sólo un funcionamiento intelectual significativamente bajo, además debe sustentarse una conducta adaptativa significativamente baja. Existen para tal fin instrumentos estandarizados como el ICAP, CALS y ALSC.

Entre las causas que dan origen a este tipo de discapacidad se mencionan:

- Factores genéticos
- Errores congénitos del metabolismo
- Alteraciones del desarrollo embrionario
- Problemas perinatales
- Enfermedades en infantes que pueden derivar de una infección a un traumatismo
- Problemática ambiental que no favorece el desarrollo cognitivo, personal y social

## TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN.

Para adecuar la discapacidad al estilo de vida de quien lo padece, es necesario adquirir nuevas habilidades acorde al tipo de necesidades que se tiene; a este proceso se le conoce como rehabilitación. Sin embargo coloquialmente la rehabilitación parece ser un término aplicado para las personas que nacen con una discapacidad y a las personas que adquieren una, por tanto es indispensable aclarar este término así como las utilidades que se tienen de ello y las técnicas existentes, porque de estas depende el nuevo estilo y la calidad de vida para la persona que está en tratamiento.

### 2.1 ¿Qué es la rehabilitación?

La Real Academia Española define a la rehabilitación<sup>1</sup> como la acción y efecto de rehabilitar. En este sentido podemos comprender que se refiere a restituir a alguien o a su antiguo estado, habilitándolo de nuevo. Por ejemplo: “Después del accidente, se necesitó de un año de rehabilitación para que volviera a caminar”.

De acuerdo con la ONU, es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, cognitivo, social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

Por otra parte Amate (2006) menciona que para la Organización Panamericana de la Salud, la rehabilitación es un proceso continuo y coordinado que tiende a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcional, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional

con el fin de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad, así como promover las medidas que busquen prevenir la discapacidad.

En tanto la Organización Mundial de la Salud (2011) concibe como rehabilitación a todas las medidas que tienen como objetivo disminuir el impacto de las condiciones que causan la discapacidad y las restricciones en la participación social para llevar a cabo la integración social de las personas con discapacidad.

Para la Secretaría de Salud (2005) la rehabilitación es, el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.

Por tanto, en este sentido entendemos que si una persona sufre un accidente automovilístico y queda postrada, la rehabilitación intentará devolver a dicho sujeto su capacidad de movimiento, los médicos, por lo tanto, realizarán diversas tareas y acompañarán al accidentado para que cumpla con ciertas pautas que buscarán que las extremidades vuelvan a tener fuerza y respondan las órdenes de la persona.

La Organización Mundial de la Salud (2001) en función de la CIF nos orienta hacia la propuesta de un modelo que tome como referencia los componentes de funcionamiento, condición de salud y discapacidad desde el enfoque de interacción de la persona con el entorno, desde una perspectiva multifactorial es decir un modelo ecológico.

Este modelo ecológico del cual nos habla Céspedes (2005), está constituido por cuatro componentes: proceso contexto, tiempo y persona. Dicho modelo plantea que la persona se ve influenciada por tres sistemas, cada uno de ellos

incluido dentro del otro. Esto quiere decir que la persona con discapacidad está influenciada por múltiples factores en su trayectoria de vida, estos factores ejercen su propia influencia así como una respuesta particular en cada individuo.

El primer nivel, denominado microsistema, hace referencia a las características propias del individuo entre ellas el tipo de discapacidad; es el contexto social inmediato de la familia, hogar, grupo de iguales.

Debemos tener en cuenta que la rehabilitación no solo se emplea en las personas con discapacidad, sino que también trabaja con las familias y las comunidades para involucrarlos en el plan y la implementación de varias clases de servicios referentes a la Rehabilitación.

Ya para finalizar el concepto de Rehabilitación es importante conocer qué tipo de servicios incluye de acuerdo con el manual de los servicios de rehabilitación integral en la APS (2009) estos son:

1. Detección temprana, diagnóstico e intervención.
2. Atención y tratamiento médico.
3. Asesoramiento y asistencia social, psicológica y de otros tipos.
4. Capacitación en actividades de autocuidado incluye los aspectos de la movilidad, comunicación y actividades de vida cotidiana con las disposiciones especiales que se requieren.
5. Suministros de ayudas técnicas y de movilidad y otros dispositivos.
6. Servicios educativos especializados.
7. Servicios de Rehabilitación profesional, incluyendo orientación profesional, colocación en empleo abierto o protegido y seguimiento.

## 2.2 Diferencias entre habilitar y rehabilitar.

En función de lo anterior, retomamos el concepto de la Secretaría de Salud (2005). Sin embargo es necesario saber qué es la habilitación, en este sentido

encontramos que la Real Academia Española define a este término como: hacer a alguien o algo hábil, apto o capaz para una cosa determinada.

La Universidad de Castilla de la Mancha relaciona directamente la habilitación con la educación especial, mencionando que esta tiene como objetivo general la habilitación o recuperación de niños o jóvenes que presenten dificultades para integrarse al proceso educativo normal, en forma permanente o transitoria, a fin de incorporarlos a la vida en sociedad.

Atiende alumnos con déficit de audición, lenguaje y visión, deficiencia mental, trastornos motores y dificultades específicas de aprendizaje (dislexia). La detección de esos casos se efectúa con la ayuda de especialistas en los Centros de Diagnóstico, dependientes del MINEDUC.

Por tanto la habilitación es entonces la asistencia prestada a personas que, sufriendo de una incapacidad congénita o desde temprana edad, no han adquirido aún suficiente capacidad o habilidad para actuar en la vida educativa, profesional y/o social. Su propósito es dotar por primera vez a estas personas de esa capacidad o habilidad para lograr una mejor calidad de vida.

Dentro del concepto de Habilidad de acuerdo con Wall (1980) se manejan algunos otros como son la integración, la cual trabaja con el grado de participación que la persona con discapacidad ya sea de forma individual o colectiva desee o este en la capacidad de alcanzar como son: las posibilidades de preparación y formación adecuadas, la existencia de perspectivas reales y/o la reducción o eliminación de los obstáculos sociales, jurídicos, arquitectónicos y de demás ordenes.

Dentro de estos conceptos se encuentra lo que llamamos normalización, la cual trata además de las necesidades especiales de una persona con discapacidad debido a su condición, sino que también trata las mismas necesidades económicas, sociales, culturales y de otras órdenes que poseen las demás personas, pero que no siempre posee la capacidad para adaptarse o integrarse totalmente.

Debemos tener muy claro que como cualquier persona, la gente con discapacidad tienen derecho a adquirir un comportamiento, un aspecto exterior y una experiencia lo más semejante posible a las normas y esquemas de la sociedad, además se le debe brindar el máximo apoyo y posibilidades en la organización de su vida, la enseñanza, el trabajo, las diversiones y otros aspectos importantes dentro de la vida en sociedad.

Así como tal la habilitación, toma también en cuenta al manual de los servicios de rehabilitación integral en la APS (2009) ya mencionados anteriormente, puesto que estas son herramientas que son de utilidad para las personas con discapacidad.

Por tanto y de acuerdo con el concepto de la Organización Panamericana de Salud, la rehabilitación es un proceso continuo y coordinado que tiende a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad, mientras que la habilitación es entonces la asistencia prestada a personas con daños congénitos o de temprana edad con el propósito de dotar por primera vez a estas personas de esa capacidad o habilidad para lograr una mejor calidad de vida.

Finalmente ambos están encaminados a la integración o reintegración del individuo en la sociedad, brindándoles herramientas para su inclusión en el medio donde se desenvuelven, sólo que la habilitación va en función de los niños o personas que a temprana edad adquieren una discapacidad; mientras que la rehabilitación va encaminada a apoyar a personas que teniendo un estilo de vida normalizado se ven privadas repentinamente de sus habilidades cotidianas.

### 2.3 Casos de habilitación y rehabilitación.

En función de lo anterior, para complementar lo ya mencionado rescataremos unos casos que ejemplifiquen ambos términos, con el fin de ampliar el panorama de la habilitación y la rehabilitación.

Para comenzar tenemos el siguiente caso de habilitación tomado del Programa de Fortalecimiento Educación Especial Integración Educativa (2008) se expone la situación de Nieto Norberto Elizondo Chapa es un alumno de 10 años que cursa actualmente el segundo grado de primaria en la escuela “Luis Elizondo” del centro de Apodaca, Nuevo León. Norberto nació con síndrome de Down, baja visión, es sordo y presenta problemas neuromotores. A partir de los siete años de edad le realizaron un implante coclear, cuyo resultado fue que sólo era capaz de percibir auditivamente sonidos muy fuertes, además de que constantemente se quita y tira la antena y cable de recepción del implante coclear.

El caso de Norberto reside en el trabajo colaborativo que se estableció entre los maestros y los integrantes de la familia para brindar una respuesta educativa pertinente, mediante una actitud reflexiva, abierta y flexible: Desde su acceso a la escuela se instituyó una vía de comunicación entre el servicio de educación especial y los maestros de los diferentes grados.

- La comunidad educativa desarrolló la capacidad para potenciar al máximo los aprendizajes de Norberto en el ámbito escolar, social y familiar.
- Los contenidos y actividades de aprendizaje implementados con Norberto, fortalecieron su participación, dando prioridad a su progreso individual.
- Se consideraron sus intereses en las diferentes tareas, y en los contenidos y actividades en las que mostraba menor interés para reforzarlos.
- Se estableció un proceso continuo de evaluación de la práctica educativa de los maestros y maestras. Los resultados fueron considerados para reorientar el trabajo.

Dentro del caso de rehabilitación cognitiva en un caso de alteraciones neuropsicológicas y funcionales por traumatismo craneoencefálico severo publicado por Carvajal (2009) nos expone en primera que el traumatismo craneoencefálico es en la actualidad una de las principales causas de incapacidad



en la población joven, debido a que las alteraciones físicas y/o cognitivas, ocasionadas por la lesión, limitan el desempeño en actividades laborales, académicas y sociales de la persona afectada. Las secuelas cognitivas de tipo atencional y amnésico interfieren en actividades de la vida diaria y requieren intervención a través de un programa de rehabilitación cognitiva.

En este caso se atiende a un paciente de sexo masculino, 24 años de edad, 11 años de escolaridad, sufre traumatismo craneoencefálico severo. Transcurrido el período agudo, al alta, presentó múltiples alteraciones cognitivas, con compromiso en las actividades cotidianas.

Se planea e inicia programa de rehabilitación para déficit neuropsicológicos, utilizando estrategias de restitución y sustitución. La intervención se realiza por un año, tres sesiones por semana. Se realizó seguimiento neurológico y neuropsicológico antes, durante y después; se observó mejoría en los procesos cognitivos y en la funcionalidad del paciente durante la rehabilitación.

Concluyendo que la rehabilitación cognitiva es actualmente una herramienta terapéutica útil en el tratamiento del paciente con lesión cerebral, ya que puede ser efectiva más allá de la recuperación espontánea, en tanto mejorara procesos cognitivos y dificultades en actividades diarias secundarias a daño cerebral traumático.

#### 2.4 Técnicas formales aplicadas.

Entendemos como técnicas formales aplicadas a aquellas que son aprobadas por las instituciones de salud como la Secretaría de Salud (2005) quien menciona que las áreas médicas principales que integran una unidad de rehabilitación integral son dos: la rehabilitación física y rehabilitación social.

Dentro del área de la rehabilitación física se dará especial atención a los individuos que presenten específicamente problemas motrices, derivados de accidentes o de problemas congénitos específicos. En esta unidad se incluyen las siguientes áreas médicas específicas: Secciones de electroterapia dónde se deriven las siguientes sub-secciones; sección de ultrasonoterapia, laserterapia, de diatermia, de electro-estimulación. También se incluyen las siguientes unidades de hidroterapia, termoterapia, de mecanoterapia

El área de la rehabilitación social brinda tratamiento al paciente que no necesariamente tiene problemas motrices sino a aquel paciente que requiere tratamiento para su incorporación a las actividades de la vida diaria, ya sea motrices por secuelas de alguna enfermedad o problemas de lenguaje y audición.

Secciones específicas para rehabilitación social, sección de terapia ocupacional y de la vida diaria, terapia psicológica, terapia de audiológica y foniatría, terapia de voz, terapia de audición, terapia de lenguaje.

## 2.5 Técnicas no formales aplicadas.

Actualmente han surgido una serie de actividades que partiendo de intervenciones ocasionales se han convertido en procedimientos soportados y sustentados por investigaciones científicas hasta obtener reconocimiento por sus resultados y logros ya que posibilitan la recuperación física, emocional y la integración social de las personas que las han recibido.

Los resultados que al compararlos con las técnicas y procedimientos tradicionales llegan a ser más rápidos, eficaces y aceptados. Estas actividades reciben en la actualidad la denominación de terapias alternativas en rehabilitación.

De acuerdo con las memorias del II Congreso de Profesionales de Enfermería (2004) en ellas se incluyen hoy en día: Las terapias asistidas por animales (TAA),

la equinoterapia, la delfinoterapia, los perros de servicio: asistencia y guía, las actividades asistidas por animales de compañía (AAAC).

La equinoterapia.- El caballo posee características musculares únicas y quien sabe montar ha experimentado la agilidad, el movimiento armónico y la fuerza que lo caracteriza. Para las personas que sufren algún tipo de discapacidad, el caballo puede significar no sólo el medio de adquirir de pronto todos sus atributos, sino un tratamiento que da notables resultados.

La equitación produce resultados apropiados en la rehabilitación de músculos, recuperación o mejoramiento del equilibrio y desarrollo de la autoestima en personas víctimas de accidentes graves (mutilaciones), parálisis cerebral, síndrome de Down y otras discapacidades.

El movimiento del trote del caballo, así como la utilización de la mayoría de los músculos del cuerpo humano al montar, resultan un gran ejercicio para fortalecer aquellas áreas que requieran una mayor atención, como pueden ser la hipotonía clásica en los niños con síndrome de Down, la falta de equilibrio de la parálisis cerebral u otras lesiones cerebrales menores, así como el relajamiento de los miembros inferiores en personas que requieren el uso de sillas de ruedas.

Los estímulos proporcionados por el caballo favorecen la coordinación motora, la atención, el equilibrio, los reflejos y muchas otras respuestas autónomas; también actúa sobre las funciones cognoscitivas, y especialmente, sobre las respuestas emocionales.

En relación con los aspectos psicológicos como la autoestima y la seguridad en sí mismo, se ven beneficiados al vencer el miedo e ir obteniendo logros importantes durante las terapias. Otro aspecto que se destaca, es la mejor integración social de las personas con discapacidad al compartir la actividad con niños y adolescentes que no sufren discapacidad alguna.

Beneficios: Corrige problemas de conducta, disminuye la ansiedad, fomenta la confianza y la concentración, mejora la autoestima, incrementa la interacción

social, mejora el autocontrol de las emociones, mejora la autoconfianza, mejora la capacidad de atención, trabaja la memoria, aumenta el vocabulario, mejora el equilibrio, fortalece la musculatura, ayuda a relacionarse con personas que no pertenecen al entorno familiar o escolar, desarrolla el respeto y el amor hacia los animales.

Delfinoterapia.- Sus pioneros fueron Horace Dobbs en Escocia y el Dr. David Nathanson en Florida. En España los primeros en emplear delfines en el tratamiento de pacientes con síndrome de Down, depresiones y autismo fueron los miembros de la Fundación Delfín Mediterráneo. Sus trabajos en el delfinario de la Costa Brava de Girona obtuvieron resultados considerados aceptables.

Considerada como una terapia novedosa que se abre paso en el tratamiento de autismo, retardo psicomotor, parálisis cerebral, etc. Es la combinación de la Biosónica y la Terapia Sacro-craneal que utilizan las emisiones acústicas de los delfines en favor del desbloqueo y reequilibrio para determinados casos en que otros tratamientos más convencionales no resultan apropiados. La piel como soporte de los receptores de las terminaciones nerviosas recibe las ondas emitidas por los delfines, y por los canales transmisores llegan al oído y al cerebro, realizando una estimulación selectiva, pues dentro de las emisiones acústicas de los delfines hallamos tanto sonidos audibles por el ser humano como infrasonidos.

Podríamos definir estas terapias como dirigidas a despertar determinadas zonas del cerebro y a reequilibrar los hemisferios cerebrales llegando a estados de mayor coherencia y sincronía. Esto ha sido comprobado al realizar pruebas con electroencefalogramas y otras mediciones asistidas informáticamente.

Los perros de servicio. En cuanto al perro guía como compañero de personas con discapacidad visual, aparece en el año 1250 a.C. en China, en la pintura Primavera en el amarillo, y posteriormente en el año 70 a.C. en Pompeya, con una representación de similares características.

Ambas imágenes mostraban personas con discapacidad visual acompañadas de un perro. La documentación escrita acerca de los perros guía es mucho más reciente, siendo el señor Reisenger (1730), el narrador de una experiencia en el entrenamiento de un perro, como medio de ayuda para la movilidad, en el que detalla la forma en que se le enseñó a localizar objetos, buscar entradas, puertas, etc. Uno de los primeros sitios en donde se reporta el empleo de los perros para ayudar a personas con discapacidades es Alemania, donde se empezaron a entrenar perros guía durante la Primera Guerra Mundial.

En los años 50 este tipo de perros eran los únicos reconocidos como perros de asistencia; y en los 60 se empezaron a entrenar algunos perros para alertar a personas con discapacidades auditivas acerca de sonidos como llantos de niños o alarmas.

Actualmente estas aplicaciones se han ampliado aún más, existiendo animales de asistencia que pueden avisar sobre crisis epilépticas o cambios peligrosos en los niveles de glucosa en sangre; además se entrenan animales para personas que poseen más de una discapacidad.

En los 70 se ampliaron estas funciones y se empezaron a entrenar animales para que ayudaran a personas con dificultades en la movilidad. Las personas que tienen un perro de servicio generalmente presentan condiciones como lesiones en la médula, esclerosis múltiple, distrofia muscular, parálisis cerebral, síndrome de polio o pos polio y lesiones cerebrales adquiridas.

Los perros de servicio poseen tres funciones principales: mejorar la movilidad del individuo, alcanzar objetos y facilitar la socialización e independencia.

Se les enseñan tareas como empujar sillas de ruedas, abrir puertas, prender y apagar luces, alcanzar el teléfono y recoger varios objetos. A las personas ambulantes con disfunción en la movilidad, pueden ayudarlos como apoyo mientras la persona se levanta y con equilibrio durante el movimiento,

reducen la cantidad de tiempo y de esfuerzo físico empleado por la persona o un cuidador, permitiéndole un uso más eficiente de los recursos.

Los individuos que son sordos o que tienen dificultades para escuchar “casi siempre no son conscientes de sonidos importantes. Esta circunstancia puede afectar de manera adversa al individuo a través de múltiples dominios de funcionamiento”.

Los perros de servicio (Hearing Dogs, HDS) están entrenados para alertar a los individuos sobre sonidos como golpes en la puerta, el timbre del teléfono, las alarmas de fuego y humo, el horno de microondas, la alarma del reloj, un intruso, el llanto de un bebé o alguien llamándolos por su nombre.

Este tipo de perros no pueden distraerse frente a ninguna situación, han de estar capacitados para desenvolverse cómodamente en cualquier lugar donde se encuentren personas u otros animales, sin presentar signos de agresividad. Entre las razas de perros seleccionadas como perros guías predominan el Labrador y el Golden Retriever o el Pastor Alemán. Como perros de asistencia para personas con otras discapacidades el Labrador Retriever, el Golden Retriever y como perros de terapia cualquier raza que cumpla con las condiciones estipuladas.

Por otra parte una propuesta más de tratamientos de rehabilitación es la fisioterapia que es una técnica de curación que consiste en apelar a elementos naturales (la luz, el agua) o a acciones mecánicas (un masaje). La palabra nace a partir de la unión de dos vocablos griegos: *physis* (“naturaleza”) y *therapeia* (“tratamiento”). La etimología, señala que fisioterapia es el “tratamiento a través de la naturaleza”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la fisioterapia puede desarrollar diferentes tareas para diagnosticar una capacidad funcional, la fuerza de un músculo o las características del movimiento de una articulación. Y es que la formación universitaria necesaria para asumir esta profesión prepara a los

fisioterapeutas para actuar como miembros competentes de la Salud Pública. Deben estar preparados para leer y analizar un historial clínico, derivar a sus pacientes a otros profesionales cuando sea necesario, así como para trabajar en conjunto con otros especialistas. Además, el fisioterapeuta debe ser capaz tanto de contribuir con la recuperación como de ayudar a la prevención de un trastorno físico.

Aunque, al no emplear sustancias tóxicas, los efectos adversos no son frecuentes, la fisioterapia puede producir algunos inconvenientes tales como inflamaciones, derrames, problemas en la coagulación o infecciones. Por lo general, estas complicaciones están vinculadas a ciertas enfermedades o condiciones preexistentes, por lo que cada tipo de tratamiento tiene sus correspondientes contraindicaciones. En general, si hablamos de terapias de manipulación, se deberá evitar su aplicación en pacientes con fracturas, osteoporosis o artritis reumatoide, entre otras afecciones. En el caso de la electroterapia, para citar otro ejemplo, personas que presenten infecciones o inflamaciones en la piel, cardiopatías o, en el caso de las mujeres, que estén embarazadas no podrán recibir este tratamiento.

## 2.6 ¿En qué casos aplicar dichas técnicas?

Sin duda éstas técnicas de rehabilitación, son muestra de la amplia variedad existente dentro de la rehabilitación, retomando que cada discapacidad tiene características y señas particulares es necesario discernir cuáles técnicas son apropiadas para los diferentes casos. Por otra parte cabe destacar que tanto las técnicas alternativas y las formales, pueden ser complementarias y llevarse a la par para una óptima rehabilitación.

En el caso de la rehabilitación visual no solo se contempla la cirugía o trasplantes de córneas o cocleares para la rehabilitación de la misma, sino que estas efectúan también. De acuerdo a Vila (1994), se incluyen técnicas dirigidas a

proporcionar autonomía e independencia a la persona ciega, tales como habilidades de orientación y movilidad, autocuidado.

Cantalejo (2000) hace referencia a las siguientes técnicas de orientación y movilidad, tales como la utilización de puntos de referencia, utilización de puntos de información, técnicas de protección personal, protección alta, protección baja, técnica de seguimiento al tacto (trailing), localización de objetos caídos, orientación y familiarización en interiores. Así como las que requieren ayuda a la movilidad tales como las técnicas de guía vidente, técnicas de movilidad con bastón, planos de movilidad, perros guía y auxiliares electrónicos.

En el caso de las personas con discapacidad motriz el uso de la fisioterapia, así como la rehabilitación física establecida de acuerdo a la secretaría de salud tomando en cuenta las contraindicaciones ya mencionadas anteriormente, también estas se pueden combinar con la equinoterapia en el caso de las personas que no tienen una discapacidad motriz severa.



## **CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA ANTE LA ADQUISICIÓN DE UNA DISCAPACIDAD.**

La condición de discapacidad afecta severamente a quién la padece y a las personas que los rodean, la importancia del duelo que pasan las personas que se encuentran en esta circunstancia es crucial para la aceptación de esta condición y sobre todo el lograr una reestructuración en su plan de vida. Sin duda la pérdida de las habilidades que se tenían anteriormente afecta severamente a estas personas a nivel psico-emocional y psico-corporal, puesto que estas circunstancias implican una nueva manera de vivir, pues es un desafío que va más en relación a quien se encuentra directamente dentro de esta situación.

### **3.1 Condiciones de la discapacidad.**

De acuerdo con el diccionario de psicología (2007), se define como condición al conjunto de elementos que pueden favorecer o impedir la realización de un acontecimiento o de un proceso. A diferencia de las causas, las condiciones no producen efectos directos o inmediatos sino que contribuyen, en diferentes grados, a hacer posible o hasta probable, pero de alguna manera nunca segura, la realización de algún acontecimiento.

Trasladándola al ámbito de la discapacidad podemos interpretar que esta condición va a limitar de manera diferente a quien la padece de acuerdo al tipo de inhabilidad que se posea, sin importar la causa por la cual se encuentre en dicho estado, por ello es también necesario saber el grado o el tipo de discapacidad que se tenga para continuar con el estilo y la calidad de vida esperados, tanto de manera individual como externa.

Al momento de hablar sobre las condiciones de la discapacidad es necesario tomar en cuenta que estos aspectos transformarán la condición en la que se encuentra el individuo, incluso antes del acontecimiento, no necesariamente se trata de saber si las condiciones son desfavorables o no para

generar la discapacidad, mejor dicho se deberían de considerar los aspectos que este cambio pudiese generar en el desarrollo y desenvolvimiento de la persona que se están dentro de esta situación, entre ellas tomar en cuenta los prejuicios (antes, durante y después) de verse envuelto en este ámbito, el estilo de vida, el estatus económico y social en el que se encuentra la persona, los aspectos familiares, laborales, e incluso en sus redes de apoyo, leyes que les amparen, entre otros.

Si bien es importante considerar a los prejuicios como parte de las condiciones de la discapacidad, puesto que estos influyen en gran medida a la rehabilitación de las personas, así como la aceptación de este nuevo estilo de vida como una parte más de un cambio indiscutible.

El diccionario de psicología (2007) define como prejuicio a la anticipación acrítica de un juicio. Se le puede considerar desde el punto de vista cognoscitivo en relación con las opiniones que sostienen la forma global de considerar las cosas; desde el punto de vista emotivo se apoya en motivaciones individuales de naturaleza predominantemente inconsciente, o en convicciones maduradas por la pertenencia a un grupo ético o social. El prejuicio se ha considerado a partir de diferentes cuadros teóricos.

Complementando lo anterior de acuerdo con Ledesma (2008) se puede definir como un prejuicio a una actitud hostil o negativa hacia un grupo distinguible basada en generalizaciones derivadas de información imperfecta o incompleta.

Es decir que la información que él individuo tenga al respecto de la discapacidad y sobre todo el uso que se le dé antes o incluso cuando las personas se encuentran en este estado podrán influir sobre todo en el proceso de rehabilitación, como parte dentro de su proceso e historia de vida.

En relación a estas condiciones la ONU (2008), menciona que la inmensa mayoría de los discapacitados -puede que un ochenta por ciento- vive en zonas rurales aisladas. Casi todos ellos viven en zonas donde no disponen de los servicios necesarios para ayudarles. Muy a menudo se encuentran con barreras físicas y sociales que empeoran su calidad de vida e impiden su plena participación. Por estos motivos, y en todas partes del mundo, a menudo se enfrentan a una vida de discriminación y degradación y, sin ayuda, muchos vivirán en el aislamiento y la inseguridad.

Por tanto estas condiciones, contribuyen en el desempeño y buen funcionamiento de las sesiones de rehabilitación así como la reintegración de estas personas dentro de los ámbitos en los que se desenvuelven; la importancia de saber sobre esto radica en gran medida a la complejidad del caso, el modo de trabajo y el ejercicio que se necesitará realizar dentro de los ámbitos ya mencionados.

### 3.2 El duelo.

Cuando se habla de duelo, en términos de la tanatología se hace mención sobre cómo los seres humanos enfrentan la muerte, Ruíz (2012), hace referencia a la forma en la que se comprende el proceso de la muerte y la manera de abordar el duelo, que está directamente relacionada con la cultura, y ha sido modificada por diversas creencias de acuerdo con las diferentes épocas por las que ha atravesado la humanidad.

En función al diccionario de psicología (2007) el duelo es un estado psicológico consecuente con la pérdida de un objeto significativo que formaba parte integrante de la existencia. La pérdida puede ser de un objeto externo, como la muerte de una persona, la separación geográfica, el abandono de un lugar, o interno, como la desaparición de una perspectiva, la pérdida de la propia imagen social, un fracaso personal y semejante.

Sin embargo se pretende abordar al duelo dentro de la discapacidad como una pérdida permanente o prolongada de una habilidad poseída que va a cambiar el estilo de vida del individuo. Se puede decir que es la pérdida o muerte simbólica de quién se encuentra en esta situación para poder reconstruirse como individuo y así poder hablar de un renacimiento, aceptación y adaptación al medio independientemente de la discapacidad que se posea.

Martínez (2006) hace mención que el duelo prevé una fase de negación, en la que la persona rechaza la idea de que la pérdida haya sucedido; posteriormente vendría una fase de aceptación, en la que se admite la pérdida, y finalmente una fase de separación del objeto perdido con la sustitución hacia otros objetos.

Sin embargo Ruíz (2012) sostiene que las etapas por las cuales se entiende el duelo son trabajadas en cada uno de los siguientes aspectos tanto en el individuo como en sus familiares:

- 1.- Negación y aislamiento. Dónde se genera la presencia del miedo y angustia ¿porqué yo?
- 2.- Ira o rabia. Es la presencia de enojo, odio y envidia porque no ¿él?
- 3.- Regateo o negociación. Que es referido a la presencia de culpa ¿cambiamos?
- 4.- Depresión. Que se conoce como la presencia de tristeza real, enorme y profunda (mucho llanto), la cual puede interpretarse en dos secciones.  
A) Reactiva: la vive el enfermo y la familia, pérdidas reales y significativas (rol familiar, caída del pelo, capacidades físicas, mentales, independencia, entre otras.)  
B) Anticipatorio: la vive solo el enfermo y es silenciosa, pérdidas que van a venir para ¿qué?
- 5.- Aceptación: La aceptación no implica ser feliz con respecto a la discapacidad. Más bien, se refiere al abandono de falsas esperanzas y a la

exitosa adaptación a los nuevos roles basados en las limitaciones realistas y nos nuevos potenciales. El individuo continúa con su vida cotidiana. La discapacidad se contrae en importancia y otros aspectos de la vida crecen en significación. El individuo se siente cómodo con el sí mismo cambiado.

De acuerdo a esto podemos entender que por principio que, quién se encuentre dentro de esta circunstancia en términos de discapacidades adquiridas se encontrará inmerso en alguna de estas fases del duelo, por ello es necesario saber identificar los indicadores de cada etapa, los cuales podrán ayudar en función de la rehabilitación y mejoría de la calidad de vida del individuo.

Cabe destacar en este sentido que quiénes también padecen las consecuencias de estas condiciones, son las personas más allegadas, familiares, amigos, compañeros cercanos, parejas, puesto que este cambio simboliza una pérdida de la imagen tanto social como afectiva de la persona con discapacidad.

### 3.3 Aspectos psico-emocionales y corporales

Jarabo (2006) menciona que dentro de los aspectos psico-emocionales y corporales tenemos que la discapacidad y el dolor tienen graves implicaciones funcionales y también psicológicas, siendo la sintomatología ansiosa y depresiva la más frecuente en este tipo de pacientes. La percepción de calidad de vida en ellos queda alterada, así como su capacidad para afrontar situaciones de su vida cotidiana.

Entendemos que la discapacidad dentro de estos términos influirá dentro de la percepción de sí mismos, regulando su autoestima y cuestionando constantemente sus capacidades. Suso (2012) menciona que dentro de los aspectos psico-emocionales sabemos que pueden predisponer a la enfermedad (desequilibrio hormonal, compuestos enzimáticos y funcionales) y las sensaciones o sentimientos de depresión, inseguridad, temor, estrés, obligando en algunos

casos a recurrir a las drogas como los antidepresivos, medicamentos para el insomnio, entre otros.

Es decir, que lo psico-emocional se relaciona con el tema de una manera subjetiva, en función de los miedos, inseguridades de las personas y en este caso afectan sin duda el estado de ánimo, la relación consigo mismos o los demás, muchas veces sin motivo aparente justificado manifestado por medio del rechazo, la degradación, la indiferencia, la reclusión, el temor a algunas situaciones o en casos extremos al aprovechamiento de estas condiciones para explotar económicamente a quien se encuentra viviendo la discapacidad. Sin embargo cabe destacar que tanto las personas con discapacidad como quienes las rodean pueden ser afectados de manera diferente ante esta situación.

Suso (2012) menciona que en estudios sobre valoración de resultados en el tratamiento de los pacientes con discapacidad física como rango de movilidad activa y pasiva, fuerza de prensión y sensibilidad, entre otras. Son raras las referencias a las medidas del grado de afectación que estas discapacidades tienen sobre la calidad de vida de las personas.

La depresión y la ansiedad aparecen frecuentemente en aquellos pacientes que presentan una mayor discapacidad estos pacientes tienden a describir su dolor como más intenso y extenso, y presentan mayor discapacidad y pérdida de calidad de vida provocada por el dolor.

López (2006) hace mención que dentro de las consideraciones psico-emocionales hay que destacar únicamente los problemas de comportamiento y las posibles psicopatologías de los individuos. En este sentido entendemos que dentro del área de la discapacidad es fundamental observar preliminarmente cómo el comportamiento de quién se vuelve una persona con discapacidad, sin embargo no es posible descartar a la familia o las redes de apoyo quienes están en contacto constante con este hecho y por tanto se verán afectados recíprocamente.

Suso (2012) refiere que durante la evaluación preoperatoria de los pacientes, se deberían introducir los aspectos psicológicos de los pacientes como la personalidad y el catastrofismo.

### 3.4 Reestructuración del plan de vida.

Sabemos que un plan de vida es un instrumento educativo para que cada persona formule su situación personal, los objetivos y medios que se proponen durante un periodo determinado. Ledesma (2008) define como plan de vida a la enumeración de los objetivos que una persona quiere lograr a lo largo de su vida y una guía que propone cómo alcanzarlos. Este plan puede incluir metas personales, profesionales, económicas y espirituales.

El plan de vida incluye objetivos a corto, mediano y largo plazo, los cuales a partir de ser concretados, se pueden definir acciones en concreto con pasos a seguir y plazos. Al igual que cualquier plan, tiene que ser analizado de manera periódica, de modo tal que la persona pueda advertir si se acerca al cumplimiento de sus objetivos o no. En caso que las acciones realizadas no den los resultados esperados, el individuo está en condiciones de rectificarlas o de proponer nuevas acciones.

Es una estructura que permite encausar las acciones hacia los objetivos que una persona desea cumplir en sus años de existencia. El Plan de Vida de acuerdo con Lanzarote (2007) es también conocido por otros movimientos con otros nombres: Plan Personal de Vida militante, Plan de Vida y Acción, Proyecto de Persona militante.

Sin embargo es bien sabido que como cualquier plan, este puede sufrir percances repentinos que alteren el rumbo o los pasos que se tengan diseñados, por cosas o cuestiones que no estén bajo el control de la persona que lleva a cabo este plan. Como en el caso de adquirir una discapacidad, por lo cual se requiere la

necesidad de replantearse de acuerdo a las posibilidades el cumplir ciertas metas y objetivos ya planeados.

Por ello es necesaria una reestructuración la cual el diccionario de psicología (2007) define como la modificación o alteración de una estructura. Por tanto se entiende que en este proceso, la persona con discapacidad tendrá que evaluar la situación, pros y contras, y planear los nuevos pasos a seguir.

Es necesario tomar en cuenta que estos cambios en la estructura irán a nivel personal, es decir la concepción de sí mismos, el tiempo y el cómo generar estas nuevas habilidades dentro de un tiempo determinado, en el ámbito familiar con el orden de la casa, quizá un cambio de roles en las labores hogareñas, erradicar las ideas irracionales así como definir tanto la situación laboral y profesional, para posteriormente solucionar los posibles inconvenientes existentes.

Sin embargo, esta etapa de reestructuración es posible encontrar una serie de ideas irracionales que puedan complicar parte de la reestructuración del plan de vida, puesto que en este caso el papel de las emociones y las creencias están ligados con el plan de vida. Almansa (2011) señala que los pensamientos superficiales y los procesos mentales comparten importancia en la salud emocional. La emoción está sostenida por una creencia, de manera que aún no siendo estrictamente lineal, puede considerarse que el pensamiento precede a la emoción y ésta a la acción.

Así mismo señala que en la clínica, la identificación de las creencias irracionales no es inmediata, puesto que frecuentemente existe una creencia superficial, a veces contradictoria, que es lo que el paciente cree que piensa. Sin embargo, existe un pensamiento que es el realmente interiorizado que sostiene la emoción crónica insana. Cuando el paciente puede observar directamente lo



ilógico y dañino de su creencia en la terapia, se abre una vía de incalculable ayuda.

Desafortunadamente, no existe como tal una línea que ayude a la reestructuración del plan de vida de las personas con discapacidad. Lantarote (2007) critica que en relación con el ámbito de la psicología la necesidad de formación de los profesionales en materias relacionadas con la discapacidad se hace cada vez más evidente, máxime cuando esta población se caracteriza por el alto grado de implicación en los asuntos relacionados con su situación. Sin duda la complejidad y la amplitud del tema no ayudan. Así por ejemplo, la especificidad de cada síndrome o enfermedad, se mezcla con la diversidad de situaciones que atender.

Es necesario mencionar que Lantarote (2007) propone que la psicología clínica y de la salud tampoco debería quedar al margen de las nuevas realidades que se presentan como un estímulo para aumentar la calidad de vida de esta población, destacando entre otros, el papel de la familia como facilitadora de recursos y apoyos, así como la incorporación de nuevas tecnologías a la vida cotidiana de estas personas.

Es importante destacar que en este ámbito es necesario llevar una sana aceptación dentro de este proceso para poder hacer visibles los cambios y beneficios precisos en pro de la reestructuración lo que va a brindar a la persona con discapacidad una mejoría en la calidad de vida. Fantova (2000) señala que, no obstante, la aceptación es el punto de partida, actualmente se propone dar un paso más que esté dirigido menos a la crisis y más al afrontamiento.

Cabe mencionar que Suñé (2010) menciona que la importancia de ayudar a encontrar a las personas con discapacidad una perspectiva social y emocional es un apoyo para enfrentar sus limitaciones y encontrar significado a su existencia, puesto que para estas personas que se vuelven discapacitados siendo adultos,

para ellos la principal batalla a enfrentar es la reestructuración de su personalidad, los efectos se producen a nivel biopsicosocial, ocurre en mayor o menor medida a una perturbación del estado de ánimo que aparece por qué se siente imposibilitado para realizar sus actividades cotidianas. Los esfuerzos que tienen que hacer para adaptarse a su nuevo estilo de vida, puede hacer necesario que se tomen muchas decisiones importantes como aceptar realizar una actividad diferente, renunciar a un empleo, mudarse, cambiar de actividades sociales e incluso crear dependencia en ciertas situaciones.

Consideramos que, de acuerdo con la asociación Iniciativas y estudios sociales (1998) la discriminación por razón de la mayor o menor capacidad física o intelectual de las personas es un acto violento en sí mismo y genera a su vez, frustración y violencia en la persona que lo padece; tomando en cuenta que en la mayoría de los casos, las condiciones que genera la propia discapacidad hace que no resulte fácil la denuncia de situaciones de violencia por parte de las propias víctimas.

Dentro de los tipos de violencia de los que las personas con discapacidad puedan ser más vulnerables encontramos dos tipos de los más comunes que son: Violencia Activa: dónde el epicentro de este tipo de violencia está en el ejercicio de abuso sobre la víctima. Dentro de esta categoría se encuentra el abuso físico, emocional, sexual y/o económico.

Violencia pasiva: referido a aquellos actos que por negación u omisión tienen como resultado la generación de un daño físico o psicológico como en el caso del abandono físico y/o el emocional.

Es por ello que la situación personal, los objetivos y medios de la persona con discapacidad deberán ser tomados claramente para ir hilando las actividades y habilidades que se estarán por generar dentro de este nuevo plan de vida,

tomando en cuenta que es probable que las modificaciones en tiempo y espacio, serán básicas para las adaptaciones a su vida cotidiana.

## **PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA AFRONTAR LA DISCAPACIDAD**

En esta investigación nos hemos percatado que para las personas con discapacidad, es importante realizar tanto una adecuada intervención médica así como psicológica, puesto que de ellas depende la calidad de vida, que es una de las demandas principales para las personas con discapacidades adquiridas, por eso mismo es indispensable tomar en cuenta que para afrontar la discapacidad, las personas pueden recibir apoyo de instituciones públicas o privadas, con la finalidad de rehabilitarse mejorando su calidad de vida; para lograr adaptarse a este nuevo estilo de vida es necesario contar con apoyo de profesionales tanto en el ámbito individual como en la intervención familiar.

### **4.1 Instituciones.**

Soletano (2011) habla sobre la rehabilitación en Latinoamérica, la cual se comienza a atender alrededor de los años 40, siendo sus pioneros médicos ortopedistas, que vislumbraron la necesidad de integración del discapacitado. Puesto que en la América prehispánica se abandonaban a los miembros inválidos de las comunidades o tribus cuando la supervivencia hacía que debieran cambiar de lugar, pues debían trasladar lo estrictamente necesario y los inválidos no estaban dentro de esa categoría.

Los comienzos del auge de la rehabilitación en Latinoamérica se dieron después de las dos guerras mundiales especialmente de la segunda y motivada también por las epidemias de poliomielitis de las décadas de los 40's y los 50's. Por tanto los primeros médicos en preocuparse por la rehabilitación fueron los ortopedistas, debido a la necesidad de tratar las secuelas musculo esqueléticas que casi siempre terminaban en deformaciones de resolución quirúrgica. Siendo ellos los pioneros de la rehabilitación en casi todos los países.

Así mismo Acosta (2006), nos menciona que la segunda guerra mundial además de traer consigo el reconocimiento de que la rehabilitación es un problema de todos los médicos, también abarca que este problema incluye también el trabajo de los psicólogos, y que la atención médica no termina hasta que el paciente ha sido llevado a vivir y trabajar con las facultades que todavía tiene.

Soletano (2011) nos habla que en este proceso, la medicina física; la fisioterapia, la kinesiología, electroterapia, deportes y recreación fueron los pilares de la rehabilitación. Más tarde sería la terapia ocupacional, del lenguaje, el consejo vocacional y la ayuda social quienes se tornaron imprescindibles. Agregando por último a la psicología para atender los problemas emocionales. Es decir, se pensaba más que la medicina física podía resolver los problemas y se daba menos importancia a la rehabilitación.

Por otra parte Acosta (2006) agrega que la psicología de la rehabilitación evolucionó desde la preocupación por los correlatos psicológicos de las desviaciones somáticas, a la preocupación sobre los aspectos implicados en sobreponerse a la discapacidad en los niveles personal y social. Por tanto la misión tradicional de consejo y evaluación de la psicología en la rehabilitación cambió con la introducción de los procedimientos conductuales de entrenamiento para que fuera posible funcionar adecuadamente en el entorno físico y social, superando así la visión médica de que estos problemas no pueden ser resueltos sino mediante la modificación de factores orgánicos.

Soletano (2011), agrega que en nuestro país la historia de la rehabilitación comenzó en el Hospital Infantil de México, a partir de su fundación en 1943, contó con un servicio de Medicina Física y Rehabilitación, a cargo del Dr. Alfonso Tohen Zamudio. En 1965 el Instituto Mexicano del Seguro Social inició su primer curso de postgrado en Rehabilitación del cual egresaron dos generaciones. En el año de 1972 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México dio su aval al

programa del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación con sede en el Hospital Infantil de México y después en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En el año 1981 se reinició la residencia en el Instituto Mexicano de Seguro Social, con sede en el Centro Médico Nacional a cargo del Dr. Luis Felipe Valles Ancona. En el año 2000 inicia sus funciones el Centro Nacional de Rehabilitación, de alta complejidad cuyo director fue el Dr. Luis Guillermo Ibarra. En el 2005 el Dr. Juan Manuel Guzmán González fue mentor de la apertura de Servicios de Medicina Física y Rehabilitación en Unidades de Primer Nivel de Atención implantando, además, guías de práctica clínicas y videos de capacitación. Se encuentran funcionando 40 de estos servicios. Actualmente hay 1500 fisiatras para una población de 112.000.000.

Como podemos apreciar, el papel de las instituciones tanto públicas como privadas representan un sin fin de oportunidades para la rehabilitación así como una oportunidad para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, sabemos que la secretaría de salud (2005) toma en cuenta que existen diferentes tipos de Unidades según el nivel de atención:

Unidades de Rehabilitación de alto nivel, tienen como funciones dar atención médica especializada en materia de rehabilitación, ortopedia y comunicación humana, además de formar y capacitar el personal especializado en estos campos y fundamentalmente en la investigación científica, para la búsqueda de mejores recursos y procedimientos para la prevención de discapacidades y la rehabilitación.

Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR), Estas unidades constituyen el primer nivel de atención en servicios de rehabilitación y son base del sistema de atención a personas con discapacidad. Los servicios que prestan son: promoción

de la salud, prevención de la discapacidad, rehabilitación simple, de referencia y contra referencia.

Centros de Rehabilitación Integral (CRI), constituyen el segundo nivel de atención en la materia, así como la parte intermedia del sistema estatal o regional de los servicios de atención a personas con discapacidad, cuyas acciones se orientan a prevenir la discapacidad y a brindar rehabilitación integral.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), Estas unidades constituyen el tercer nivel de atención en servicios de rehabilitación, así como el vértice del sistema estatal o regional de servicios de atención a personas con discapacidad. Previenen la discapacidad, se da rehabilitación integral y educación especial.

Centros de rehabilitación infantil, estos centros se especializan únicamente para la atención de niños y adolescentes que presentan algún tipo de discapacidad.

Así mismo Guzmán (2012), reconoce que la influencia de las Organizaciones Civiles y No Gubernamentales también se han presentado en nuestro país, principalmente por la Organización Teletón que actualmente cuenta con once Centros de Rehabilitación Infantil, distribuidos en el Estado de México, en la Ciudad de Guadalajara, Jal., en la Ciudad de Oaxaca, Oax., Aguascalientes, Ags., Irapuato, Gto., Saltillo, Coah., Pachuca, Hgo., Cd. Juárez, Chihuahua. Tuxtla Gutiérrez, Chis., Nezahualcóyotl, Edo. México y Cancún, Q. Roo.

En general, las Unidades y Servicios de Medicina de Rehabilitación en el 3er. Nivel de todas las instituciones, tanto públicas como privadas se caracterizan por otorgar:

\* Alta capacidad resolutive.

\* Educación médica.

#### \* Investigación médica.

La Atención Médica de Tercer Nivel se dirige a todos aquellos padecimientos incapacitantes que por su grado de complejidad requieren de la atención de un equipo interdisciplinario integrado por médicos especialistas en Medicina de Rehabilitación, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje, médicos especialistas en Comunicación Humana, gestores ocupacionales, Ingenieros biomédicos, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos y enfermeras especialistas en rehabilitación. Estos centros funcionan como formadores de personal para la especialidad, algunos de ellos cuentan con escuelas de terapia física y terapia ocupacional y otros son sedes de cursos universitarios. Son generadores además, de las líneas de investigación que sobre esta materia se realizan en el país

#### 4.2 Evaluación.

Sin duda en este ámbito de la rehabilitación la demanda principal irá en función a la calidad de vida de quien la padece, para ello es necesario definir lo que es la calidad de vida. Ruiz (2012). Define este término como un concepto multidimensional que incluye un número de dimensiones que reflejan los valores positivos y las experiencias de vida. Pero estas dimensiones son sensibles a las diferentes perspectivas culturales y vitales que normalmente incluyen estados deseados relativos al bienestar personal.

De acuerdo con la OMS (2012) la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.



Complementando lo anterior Verdugo (2003) menciona que el concepto de “Calidad” nos hace pensar en excelencia o en criterios de exquisitez asociados con características humanas y con valores positivos, “de vida” indica que el concepto concierne a aspectos de la existencia humana, por tanto este término intenta conceptualizar lo que significa “Vivir una buena vida.” También conocidos como un conjunto de factores que componen el bienestar personal.

Por tanto este bienestar personal al verse inmerso de las perspectivas culturales, aspectos sociales, independencia, lo cual pone a pensar en dimensiones o indicadores que permitan percatar si se llega o no a la calidad de vida esperada para la persona que se encuentra en una situación de discapacidad adquirida.

Verdugo (2006), sugiere que los indicadores hacen referencia a percepciones, conductas o condiciones de dimensiones concretas de calidad de vida que proporcionan un indicio del bienestar de la persona; haciendo referencia a experiencias y circunstancias personales, sin embargo el indicador es sensible a diferencias culturales y lingüísticas, por tanto las diferentes dimensiones divisarán diferentes indicadores en estos rangos como se mostrará a continuación:

- Bienestar emocional: Seguridad, concepto de sí mismo, felicidad, no padecimiento de estrés, alegría y espiritualidad.
- Relaciones Interpersonales: Intimidad, afecto, familia, interacciones, amigos y apoyos.
- Bienestar material: Propiedades, ahorros, seguridad, comida, empleo, posesiones, status económico, protección.
- Desarrollo personal: educación, habilidades, realización personal, competencia personal, actividad propositiva, ascensos.
- Bienestar físico: Salud, nutrición, tiempo libre, movilidad, cuidados sanitarios, seguros médicos, ocio, actividades diarias.

- Independencia para tomar decisiones: Autonomía, elecciones, decisiones, control personal, autogobierno, valores personales y metas.
- Integración social: Aceptación, status, apoyos, roles, actividades comunitarias, ambiente de trabajo, actividades de voluntariado y ambiente residencial.
- Derechos: Intimidad, voto, facilidades de acceso, derechos por la incapacidad, propiedades y responsabilidades cívicas.

Por tanto y de acuerdo con Suñé (2010), la rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual y social, de una manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes.

Por lo que, de acuerdo con López (2006) La mayor parte de las concepciones sobre calidad de vida comparten las siguientes características comunes: sentimientos generales de bienestar, sentimientos de participación social positiva, y oportunidades para lograr la realización personal. Calidad de vida debería ser entendida sobre todo, como un concepto sensibilizador, más que como un concepto final, relevante para las decisiones en política pública, evaluación de servicios y desarrollo de programas innovadores a nivel local, nacional e internacional.

Hay que considerar que parte de las demandas existentes en esta situación es la pérdida de autonomía también conocida como dependencia la cual es definida por el diccionario de psicología (2007), cómo la forma de relacionarse en la que un sujeto se dirige continuamente a los demás para ser ayudado, guiado y sostenido. El individuo dependiente, tiene una escasa confianza en sí mismo, basa su propia autoestima en la aprobación y en la seguridad que le dan los demás, y es incapaz de tomar decisiones sin un incentivo externo.

Jarabo (2006), menciona que el concepto de dependencia es claro, que es la deficiencia física y/o psíquica más la imposibilidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD) y necesitar ayuda de otra persona. Así mismo propone que la clasificación de la dependencia se establece en tres grados de menor a mayor intensidad.

Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar ciertas actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Gran dependencia: Cuando la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida de total autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Por ello mismo es importante encontrar el modo de que estas demandas sean atendidas adecuadamente, puesto que involucra no sólo la calidad de vida y la autonomía de la persona con discapacidad, sino que esta abarca a las redes de apoyo inmediatas como es el caso de la familia, puesto que esta se considera el eje de soporte básico en el individuo con relación a la sociedad.

#### 4.3 Tratamiento.

El diccionario de psicología (2007) menciona que un tratamiento es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, llegar a la esencia de aquello que se desconoce o transformar algo. El concepto es habitual en el ámbito de la medicina. En este caso, la noción de tratamiento suele usarse como sinónimo de terapia. Puede tratarse de un conjunto de medios de cualquier clase,

quirúrgicos, fisiológicos, farmacológicos, entre otros. Su objetivo es paliar o curar los síntomas detectados a través de un diagnóstico.

Un tratamiento de rehabilitación consiste en diversos procedimientos que buscan ayudar al paciente a alcanzar el más completo potencial físico y mental compatible con las posibles deficiencias fisiológicas o anatómicas y las limitaciones medioambientales. Estos tratamientos se desarrollan con la intención de restaurar la salud.

La CPCE nos menciona que dentro del ámbito de la rehabilitación en cuyo objetivo de promover la inclusión social, se han surgido nuevos tratamientos y/o terapias de rehabilitación que favorecen el abordaje integral de la discapacidad e incorporan nuevas técnicas e instrumentos de trabajo. El común denominador de las mismas, es que parten de la prescripción de un profesional de la salud que evalúa las necesidades particulares de cada paciente y junto con un equipo interdisciplinario, se especifica e implementa el tratamiento y/o terapia más adecuada.

La atención integral de la discapacidad supone el esfuerzo conjunto de los profesionales, la familia y la comunidad en general, con el fin de favorecer el logro de la inclusión social de las personas con capacidades diferentes. La ampliación de la mirada sobre esta temática implica el mayor compromiso con respecto a su abordaje y tratamiento, y la cancelación definitiva de las posturas que favorecen la discriminación.

Incluye un acompañamiento terapéutico, el cual consiste en una estrategia que se despliega en la cotidianeidad del paciente, cuando este presenta una disminución de sus posibilidades de autonomía y una significativa retracción, consecuencia de la discapacidad (pacientes psiquiátricos, discapacidad motriz y/o psicológica, afecciones oncológicas, renales, entre otras). El profesional acompañante se encuentra capacitado para integrar equipos interdisciplinarios, desempeña un rol asistencial calificado. Sus funciones principales son:

- Crear o recomponer las condiciones que posibiliten el desarrollo o continuidad del tratamiento.
- Acompañar al paciente en cuadros afectivos difíciles de sobrellevar.
- Favorecer la comunicación con el medio social.
- Ofrecer un espacio de diálogo donde la problemática a resolver pueda encausarse a través de la palabra.

Es necesario resaltar que dentro del proceso de rehabilitación, se involucra tanto a la persona que trabaja directamente su discapacidad así como a las personas que le rodean o están directamente relacionadas con ella, como es el caso de la familia, puesto que este es un contexto donde se desarrolla una buena parte de la vida de los individuos así como ser considerada la base de la sociedad. Ya que este entorno influirá o influye sobre las personas, independientemente del estado en el que se encuentren.

En este sentido Ruiz (2012) destaca que desde el punto de vista social, la familia cumple una serie de funciones y como toda institución social tiende a satisfacer las necesidades de los miembros que la componen, destacando de ella cinco funciones:

- ❖ Económica: proveer recursos.
- ❖ Cuidado y protección física: dar seguridad, descanso, protección.
- ❖ Afectividad: ofrecer cariño, amor, estima.
- ❖ Educación: dar oportunidad de aprendizaje, socialización, autodefinición, identidad.
- ❖ Orientación: dar referencias experiencias.

Por otra parte para comprender a la familia, Fantova (2000) resalta los siguientes aspectos:

- ❖ Entorno físico y humano en el que se desarrolla o desenvuelve.
- ❖ Tamaño (número de miembros).

- ❖ Características de sus miembros-componentes: edad, sexo, personalidad, entre otras.
- ❖ Valores, normas, expectativas presentes en la familia.
- ❖ Estructura formal: subsistemas en que habitualmente está dividida la familia:
  - Conyugal (relaciones entre marido y mujer).
  - Parental (relaciones entre padres e hijos-as).
  - Fraternal (relaciones entre hijos).
- ❖ Estructura informal: roles, canales de comunicación, subgrupos, status, entre otros.
- ❖ Ritmo de actividades, horarios, ritos, celebraciones, entre otras.

Basándonos en lo anterior, se tomará en cuenta hacer una intervención con la familia, puesto que estos lineamientos dentro del ciclo de vida familiar, producen cambios (ya sea de roles) o etapas que vienen precedidas por algún evento o ritual que den paso a diferentes etapas dentro de la vida familiar.

Ruiz (2012) menciona que todos estos cambios se producen en el sistema familiar ocasionan estrés, entendiendo éste como reacción ante un estímulo que se percibe como amenazante. Ante este estrés se responderá con esfuerzos cognitivos y conductuales de afrontamiento y en medida de que se tenga éxito se pasará a una nueva etapa superior en el desarrollo del sistema familiar.

Suñe (2012) refiere que en el ambiente familiar, los parientes mal informados generalmente acaban por adoptar, uno de dos comportamientos: el de rechazo, abandono o el de sobreprotección o tutela, estos son instrumentos que dejan sin valor a personas productivas. Adecuaciones de la dinámica familiar.

Por ende es necesario abordar el tema de la calidad de vida familiar, puesto que los integrantes de la familia se ven inmersos en una serie de circunstancias y situaciones que termina afectando a todos dentro de este rubro.

López (2006) refiere que la calidad de vida familiar de una persona con discapacidad se caracteriza por:

- Concebir al individuo con discapacidad como un verdadero miembro del entorno ecológico de la familia y la comunidad.
- Tener en cuenta lo que es importante para la familia en términos de calidad de vida.
- Determinar qué de lo presente está en consonancia con las prioridades familiares.
- Determinar qué adaptaciones son necesarias para crear una mejor unión entre lo que es importante y lo que existe en la vida de otros miembros de la familia.
- Dar apoyos y servicios a todos los implicados principales para que creen las mejoras de calidad de vida que prefieran.

En este caso Ledesma (2008) nos da una perspectiva sobre el grupo familiar como una entidad social que se impone con mucha fuerza, dentro de este ámbito en el único donde la muerte, la discapacidad o el nacimiento tienen otro rostro. Y es precisamente dentro de este ámbito donde se evidencian más las necesidades sociales de esos individuos, encontrando un nuevo fenómeno social, que se ha denominado como familia discapacitada, en el que todos los miembros familiares tienen que redefinir su actividad e incorporar mayor esfuerzo –material y afectivo- de apoyo y ayuda al grupo familiar en la nueva situación.

Se destaca que las personas con discapacidad, suelen contar con un gran apoyo dentro de su grupo familiar y esto en sí es una cuestión positiva para la persona, sin embargo dentro del otro lado de la moneda se puede ver que los familiares de estas personas con discapacidades se sienten también abatidos por los estereotipos, estigmas y tabús que usa la sociedad para relacionarse con las personas discapacitadas y sus familiares.

Partiendo de lo anterior este tipo de paradigmas y situaciones dentro del entorno familiar puede generar para todos los miembros de la familia (principalmente para la persona con discapacidad) en algunos casos dependencia, sobre protección e incluso un mayor apego entre otras situaciones que en vez de beneficiar a la familia, degenere tanto la calidad de vida familiar, así como la aceptación y adaptación a este nuevo sistema.

Ruiz (2012) menciona que hay familias que han hecho de la persona con discapacidad el centro de su vida, el motivo por el que se levantan y luchan cada día, sin que haya lugar para nada más, haciendo notar un apego tan fuerte que la vida no tiene sentido sin esta persona y se supone que ocurre lo mismo del otro lado. Este tipo de circunstancias evita reconocer que estas personas y sus familiares no tengan vida propia, y que sean una extensión de ellos mismos.

Dentro de este tipo de situaciones se vuelve indispensable extender el tratamiento rehabilitatorio y de reestructuración psicológica, para los miembros de la familia que se encuentren involucrados con su familiar, cabe destacar que parte del fin es fomentar dentro de esta familia las herramientas y habilidades necesarias para aportar calidad de vida individual como familiar, autonomía, aceptación y adaptación de cada miembro que integra a la familia, trabajando con los miedos, estigmas y tabúes que se pudieran encontrar dentro de esta dinámica, brindándoles a los individuos una nueva estructura sólida, dinámica y consolidada en un ambiente óptimo y funcional.

#### 4.4 Dinámica Familiar.

La definición de actitud del diccionario de psicología (2007), nos dice que es una disposición relativamente constante para responder de ciertas maneras particulares a las situaciones del mundo por el residuo de experiencia pasada que de algún modo guía, orienta o influye de una u otra forma en el comportamiento.



Por su carácter perdurable las actitudes se diferencian de las expectativas, cuya disposición reactiva está circunscrita en el tiempo y calificada por el objeto.

Suñé (2010) menciona que la actitud del entorno es una variable determinante para que se promueva o se desaliente la independencia, que exista o no conocimiento y voluntad de estimularlo, la existencia de hermanos, el contacto con los otros. La valoración que de sí mismo hace cada ser humano está en gran parte condicionada por la imagen que le devuelve el primitivo espejo familiar, encarnado en los otros más significativos.

Ferreira (2009) explica a este fenómeno como una tendencia a la acción adquirida en el ambiente en que se vive y deriva experiencias personales. Es un estado de disposición psicológica, pero adquirida y organizada a través de la propia experiencia, dicha disposición incita a la persona a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.

Es decir, las actitudes no son conductas sino predisposiciones adquiridas para actuar selectivamente y conducirse de determinada manera dentro de la interacción social, así mismo agrega que las actitudes no son innatas, pues se tratan de disposiciones adquiridas, aprendidas a partir de la interacción y que son relativamente durables, pues pueden ser modificadas por influencias externas, es decir se pueden cambiar.

Por ende agrega que toda actitud incluye cuatro componentes:

1. Cognitivo: creencias y opiniones hacia diferentes objetos o situaciones. Información que el individuo adquiere en el medio social.
2. Afectivo: Las creencias y opiniones poseen componentes afectivos que generan atracción o rechazo.
3. Normatividad: Como “debe” la persona comportarse ante una determinada situación, causa u objeto.

4. Comportamiento: En una situación específica estas creencias, opiniones, sentimientos y normas que se traducen en acciones. Por ejemplo, la discriminación.

Es claro que las actitudes hacia la discapacidad pueden absolutamente positivas, negativas e incluso indiferentes, por ello es importante contextualizar la cultura de la que se forma parte. Puesto que dicha cultura prioriza sobre todo los aspectos cognitivos, anteponiéndolos sobre lo afectivo y lo emocional de un modo determinado.

Cabe destacar que la falta de información, e incluso las creencias y mitos, en relación a la discapacidad apartan a estas personas de la participación social, marginándolas, etiquetadas, estigmatizadas, marcadas de por vida por el solo hecho de ser diferentes y colocadas en una posición de inferioridad, con lo cual se han generado, actitudes de rechazo, lástima, angustia e incomodidad, también conductas de sobreprotección familiar, lo que conduce a tratarlos como personas incapaces de valerse por sí mismas, potenciarse y desarrollarse.

Garrido (2011) menciona que la persona con discapacidad, siendo en teoría una persona con los mismos derechos que las demás, se ve impedido de ejercerlos por las conductas de discriminación que la sociedad les manifiesta, haciéndoles sentirse como "ciudadanos de segunda clase". Sostiene que no hay ninguna persona que sea plenamente capaz. Existen discapacidades ocultas, no manifiestas, por ejemplo las discapacidades psicológicas pasan muchas veces inadvertidas, se reprimen, porque el sistema no permite que se manifiesten.

Agrega que aún cuando es importante saber cuántos son, mayor preocupación es la situación de discriminación y de falta de igualdad de oportunidades, en cuanto a educación, trabajo, salud y las barreras arquitectónicas, sociales y culturales que impiden su real integración a la comunidad, y que, por otra parte, esta situación de desventaja social es mayor que en el resto de la población.

Ledesma (2008), explica que los prejuicios existentes hacia las personas con discapacidad se deben más a la falta de información que a características profundas de la personalidad.

Como ya se ha mencionado, la intensidad de una actitud hace referencia a la fuerza del componente afectivo así mismo los esfuerzos para el cambio de actitud deben dirigirse sobre todo al componente de creencias o al componente sentimental o afectivo, por tanto muchas de estas entran en juego cuando un cambio repentino entra súbitamente en una estructura sólida, como es el caso de las discapacidades adquiridas, las cuales van acompañada de prejuicios y el ambiente o medio social en el que se desarrolla, pudiendo generar dentro de estas personas distintos modos vivir o ver esta circunstancia, en algunos casos de una manera favorable o desfavorable para su persona.

## UN ACERCAMIENTO A LAS DISCAPACIDADES ADQUIRIDAS

Comprendemos que dentro de este ámbito pueden ser muchas las causas que pueden originar una discapacidad física, estas pueden ser muy variadas y además son las más difíciles de ocultar. Ledesma (2008) menciona que dentro de éstos casos de personajes famosos que adquirieron una discapacidad se encuentran personalidades como Frida Khalo, personajes con amputaciones como Miguel de Cervantes, quién se quedó sin movimiento en una mano por una arcabuzazo en una batalla contra los turcos; también el almirante inglés Nelson, que acumuló varias discapacidades por culpa de las innumerables batallas en las que participó; el cantante brasileño Roberto Carlos al que se le había amputado la pierna a los seis años debido a un accidente; o Heather Mills, la ex mujer de Paul McCartney , que perdió una pierna en 1993 tras ser atropellada por una motocicleta, entre otros.

Por tanto es conveniente separar el trato que históricamente han recibido las personas con discapacidad según la severidad de esta y la utilidad, o no, que podían tener para la sociedad, así mismo todos en mayor o menor medida, tenemos la posibilidad de sobresalir en algún ámbito de la vida, al margen de pasar a la historia o no, y también al margen del tipo de discapacidad que se posea. Por tanto nadie puede decir que la discapacidad y la valía son incompatibles.

### 5.1 Análisis de casos.

Para comprender el impacto de la discapacidad en el individuo se realizó una entrevista a profundidad a tres personas con discapacidades adquiridas que están siendo atendidas en medicina física y rehabilitación atendido por la Dra. Delza Lugo Espinoza ubicado en San Carlos N°3, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, así mismo cabe mencionar que los nombres de

quienes participaron dentro de esta investigación han sido modificados por petición de los participantes.

Carmen 41 años, quién trabaja para la policía municipal de Tlalnepantla, dando cursos de capacitación, acude a rehabilitación por una fractura expuesta de peroné, esposa y madre de dos hijos de 16 y 20 años de edad, después del accidente ha tenido que pasar por dos cirugías, en noviembre del 2012 llevaba un mes en rehabilitación.

Carmen era una mujer totalmente independiente su vida antes del accidente para ella era dedicarse a trabajar dando los cursos de capacitación, entregar proyectos y realizando evaluaciones en diferentes lugares, así mismo esperaba un ascenso o tener un mejor sueldo en su trabajo, menciona que era quien tenía mayor aportación económica en su hogar, por ende se dedicaba casi totalmente a trabajar.

Dentro de lo familiar, estaba a punto de separarse de su esposo y la convivencia con los hijos era casi nula, puesto que cuando estaban todos en casa, cada uno se entretenía con algún aparato tecnológico (computadora, celular, teléfono, televisión) menciona que incluso podían estar dentro de la misma habitación sin hacerse compañía.

Se fracturó el 21 de Marzo del 2012, este accidente lo tuvo antes de salir al trabajo, resbalándose en su casa, volteándose su pie por completo, el pensamiento que le llegó ese día fue “¿Por qué en este momento?” A partir de ese entonces notó que hubo un acercamiento familiar, posponiendo los planes de separación con su marido, conviviendo más con sus hijos, mejorando su relación familiar.

Hasta el momento ha tenido que pasar por dos cirugías después del accidente. Actualmente tiene un mes en rehabilitación.

Lo que ha aprendido a partir de su discapacidad es el valorar a su familia, la independencia y re-significar que el trabajar no lo es todo y que hay cosas más importantes que el trabajo.

El vivir esta situación, la hizo volverse una persona más sensible, puesto que antes sabía que la discapacidad existía pero menciona que no imaginaba lo que esto conllevaba, a partir de esta situación menciona que aprendió a ver que no hay que subestimar a los demás aun tratándose de una persona con discapacidad, ya que los retos a los que se enfrenta son constantes.

Con ello aprendió a valorar los pequeños éxitos, por ejemplo volver a dar su primer paso después de cada operación, menciona que a partir de esta experiencia ello logró conocer a los verdaderos amigos.

Para ella el tener y convivir con personas en su situación le resultó muy difícil, más con aquellas que no la padecían mencionaba que “la gente no lo ve como una discapacidad, lo ve como un estorbo” para ella el que a uno no le falte nada hace que siempre se vean las cosas de una sola manera.

Menciona que al tener una discapacidad ve la estima de la gente de diferente manera, recuerda el apoyo constante e inesperado de parte de sus familiares más cercanos como el de su madre, dejándole a ella un mayor acercamiento con su familia, en especial con su esposo e hijos.

Sin embargo al principio de esta situación se rehusaba a aceptar ayuda y le costó aceptar que tiene una discapacidad, cuestionando el afecto de su familia y allegados, en algún momento pensó que le apoyaban por que tenían que hacerlo y no porque ellos querían, e incluso que sentían por ella compasión.

Le resultó sumamente difícil desprenderse de varias habilidades que ella tenía antes del accidente y después tratar de adecuarse a la situación en la que

estaba, más porque todo esto le había acarreado cambios emocionales, laborales y familiares.

Dichos cambios, dentro de lo emocional, estaba el temor a lo que pudiera o no hacer, coraje ante la situación, para ella siempre fue el preguntarse ¿Por qué en este momento?, comenzó a no hacer cosas e intento suicidarse en dos ocasiones, la primera ocasión fue porque pensó que era una carga para su familia, puesto que sus hijos tuvieron que modificar planes y tiempos a raíz de su accidente para estar más tiempo con su mamá, posponiendo planes salidas e incluso dejar los estudios durante un semestre para poder apoyarla, sin antes consultarle o pedirle opinión al respecto. La segunda ocasión que pensó en suicidarse fue por las secuelas de la segunda operación, tenía miedo a que su herida se infectara y le cortaran la pierna, aunando el hecho de que no pudiera presentar un proyecto laboral que para ella era importante, actualmente a raíz de los hechos piensa que “iba a hacer una tontería” o que las cosas pudieron haber resultado peor si hubiera logrado hacerse daño.

Posteriormente, ella decidió apoyarse en su hermana quien sugirió comentar sobre sus dos intentos de suicidio a su marido, una vez este último ya enterado, ella le expuso su molestias en relación a los cambios repentinos, pidió ser tomada en cuenta ante las decisiones, manifestando que quería ser un apoyo y no un estorbo.

Después de ello la relación comenzó a mejorar notoriamente puesto que se fue reintegrando en los quehaceres de la casa, preguntándole o pidiendo su opinión ante decisiones que se tenían que tomar, como llevarla a terapia, las citas con el médico, reuniones familiares entre otras cosas.

Menciona que en ámbito laboral, su jefe (quien se encuentra en silla de ruedas tras un accidente) en solidaridad, encontró la manera de apoyarla, dejándola hacer el trabajo en su casa, mandando lo necesario para que ella

coordinara los eventos y capacitaciones, ella recibió el apoyo de su esposo y de sus hijos ante esta nueva situación, lo cual le ayudó a sentirse útil de nuevo. Se dio cuenta que en su trabajo y con su familia podía recibir mucho apoyo, pues de alguna manera la motivan y la confortan.

Estas situaciones la han llevado a aceptarse nuevamente, puesto que esta situación le dejó mantenerse unida con su familia, en lo laboral ha dejado de subestimar a la gente de su trabajo.

Menciona que ha afrontado este proceso en diferentes etapas, la primera la denomina como inmadurez, por no aceptar su nueva condición, su segunda etapa sería la de la resignación para posteriormente superarlo y aceptar al cien por ciento todo lo que estaba ocurriendo, actualmente ve esta situación como un reto a superar.

Ha notado que su rehabilitación va progresando pero para ella no ha sido tan rápido como esperaba, por las complicaciones de las cirugías, así mismo las terapias de rehabilitación le han resultado muy rudas por todo el esfuerzo que se tiene que hacer, al igual le han resultado dolorosas pero ha logrado tolerar el dolor, esperaba recuperarse en un mes pero se ha dado cuenta que este es un proceso lento.

Hoy en día aspira a recuperarse del todo y volver a caminar apoyada en sus dos pies sin necesidad de usar un bastón o muleta, posteriormente en lo laboral ascender en su trabajo, comprar otra casa y tener un coche propio, en lo familiar mantener la unión que se ha generado, siendo un apoyo no un estorbo, fortalecer los lazos de confianza y comunicación con su esposo y familiares.

Los centros de rehabilitación de los cuales sabe su existencia son el CRIT de Tlalnepantla, el DIF y una clínica del IMSS que se encuentra en Ceylán, allí no ha ido a pedir apoyo ni terapias de rehabilitación. Mencionando que él único lugar



dónde ha recibido las terapias de rehabilitación ha sido en la clínica de la doctora Delza Lugo.

Julieta 58 años quien trabaja para el Gobierno en el SCT, madre de dos hijos de 42 y 29 años de edad, vive con su hijo de 29 años y es divorciada. Sufrió de una embolia hace siete años. Menciona que era una persona muy activa desde joven, trabajaba y practicaba yoga.

Cuando le dio la embolia, fue por hacer un coraje en el trabajo del cual se derivó en un dolor de cabeza al que no le prestó importancia, este dolor siguió hasta el día siguiente, no recuerda cómo llegó a su casa menos cómo llegó al hospital de Tacuba, no reconociendo a sus familiares.

Recibió apoyo de su madrina al comienzo, Julieta reaccionó de manera violenta rompiendo cosas de su casa, posteriormente por un seguro de gastos médicos que ella tenía estuvo en terapia en la Torre Médica de Revolución, notando mejorías ante su situación.

No recuerda que pensó al momento de la embolia, puesto que estaba medicada, pero cuando comenzó a asistir a sus terapias, ella no podía estar a sola en la calle, comenzó a depender de la compañía de la gente para salir, tuvo que dejar momentáneamente su trabajo para recuperarse.

Con la embolia perdió coordinación y la noción del tiempo, en ocasiones le dio ausencias, a lo que se le acumula la menopausia y una desviación de la columna, como consecuencia de la embolia se extravió en su colonia, localizándola al poco tiempo una vecina. Con los cambios producidos anteriormente, ella planea suicidarse pero cuando fue a recibir sus primeras terapias de rehabilitación el ver a otras personas en peores condiciones que ella, decide rehabilitarse puesto que ella no desea ser una carga para su hijo.

Hoy en día lleva año y medio en terapias de rehabilitación con la Doctora Delza, así mismo ha decidido independizarse, pues no le gusta que su hijo la vea en esa situación, su estilo de vida se vio modificado reportándose constantemente con su hijo, nota que su hijo se volvió muy aprensivo con ella.

En su trabajo tiene la ventaja de acomodar su horario, para asistir a sus terapias de rehabilitación, pues llegó a un convenio con su jefe para ella fuera cambiada de zona y pudiera organizar sus horarios para rehabilitarse más rápido, pues trabaja dentro del sindicato.

Lo que espera con las terapias de rehabilitación es ser más independiente, recuperar los vacíos que hay en su memoria, movilidad e independencia, puesto que actualmente ha tenido que dejar de manejar y tiene que estar siempre con alguien cuando va a salir, busca reintegrarse por completo al trabajo laboral.

Para ella el proceso terapéutico va bien, pues ya se puede mover con mayor facilidad y no usa un bastón, y ha logrado evitar una operación de la columna pretende terminar de recuperarse y poner un negocio de comida, el cual le pueda permitir continuar con sus terapias, lograr su independencia y solventar sus gastos.

Los centros de rehabilitación que conoce y dónde ha recibido apoyo es en el Hospital Primero de Octubre, la Torre Médica de Revolución y la Clínica de la Doctora Delza.

René 44 años Abogada, trabaja en la CODEM como Visitadora, quien se encarga de las investigaciones en asuntos u omisiones de servicios públicos, estatales y municipales. Vive con su mamá a raíz de su operación, acude a terapia de rehabilitación por una operación en la rodilla izquierda hace unos días.

Menciona que antes de la operación su vida era otra, puesto que a pesar de tener un problema hereditario con las rodillas este no le causó el menor problema, pues considera que tenía una vida normal, aunque se limitara con algunos deportes como el básquet ball, usar patines o bicicleta, lo cual para ella carecía de importancia.

Hace 9 años le hicieron la primera operación en la rodilla, pero al poco tiempo de la operación en un tropiezo, no pudo caminar y dejó su proceso de rehabilitación, en ese entonces quién le apoyaba era el chofer de su casa y su mamá, sin embargo siguió en tratamiento, en diciembre del 2011 el dolor en la rodilla comenzó a empeorar y decidieron operarla en el 2012.

El apoyo familiar que ha recibido es únicamente el de su mamá durante todo el proceso, tomando su mamá el rol de ama de casa, quien le ha apoyado en lo que puede o necesite, cabe destacar que antes de la operación René vivía sola y que su mamá se fue a vivir con ella para cuidarla y apoyarla.

Se ha dado cuenta que no hay una cultura para tratar a las personas con discapacidad, pues nota deficiencia en la infraestructura de calles y edificios públicos, haciendo con ello que las personas con discapacidad sean invisibles, así mismo piensa que de alguna manera se les está discriminando percatándose de lo natural que puede ser el discriminar a las personas con discapacidad, pues menciona lo siguiente: “Seguramente lo llegué a hacer antes de estar en esta situación”.

Menciona que antes percibía a la discapacidad como una limitante, hoy en día piensa que es más complicado, más cuando una persona se ve envuelta repentinamente en esta situación, pues dentro de este proceso se da cuenta de lo difícil que es vivir con discapacidad.

En su trabajo le pidieron que hiciera lo necesario para que se rehabilitara pronto, recibiendo en primera instancia apoyo de su jefe y de ocho personas

quienes llevan el trabajo de la oficina a su casa, ella menciona que su situación la tomaron con mucha comprensión y empatía, pues le llevaron los recursos necesarios para trabajar desde casa.

Manifiesta que durante este trayecto de recuperación y rehabilitación ha contado con la ayuda de sus familiares, su ex esposo, vecinos, compañeros del trabajo, su antiguo chofer y amigos.

Por tanto ha tenido que afrontar los siguientes retos como son, el uso de las muletas, el uso de una andadera, flexionar y estirar la rodilla, apoyar el pie, hacer su aseo personal sola, ir al baño y desplazarse sin ayuda.

Piensa que su proceso de re habilitación va lento, pues considera que debería de caminar sola, puesto que en varios lugares la han estado ayudando a caminar, dice que le cuesta trabajo salir de su zona de confort, menciona que hoy en día tiene miedo de caerse o lastimarse la herida.

Por otra parte señala que ya no necesita el apoyo de las personas para desplazarse en lugares donde haya objetos que le puedan servir de apoyo para caminar como mesas, burós o muebles, también ya comienza a bañarse sin ayuda.

Considera que por su disciplina con las terapias y constancia con el tratamiento médico deberá de ir más rápido en su proceso, lo cual menciona que le desespera y le frustra, pues considera que debería de moverse con mayor agilidad, aunque dice que le detiene el miedo de caerse o lastimarse.

Espera seguir dando buenos resultados en la oficina, mejorar su calidad de vida y volver a desplazarse con libertad, mejorar la calidad de vida de su mamá, terminar un curso, retomar los viajes y terminar la titulación de su maestría.

Asimismo quiere agradecer a las personas que le han apoyado, tener mayor acercamiento y darle seguimiento a las nuevas relaciones que se han forjado con sus compañeros de trabajo y jefe.

La discapacidad la ha llevado a modificar algunas actitudes, como el ser imperativa y enojarse por cosas muy superfluas, así como dejar de ser aprensiva, volver a estudiar y aunque ella menciona que ha afrontado con miedo e inseguridad, ha estado pensando en su bienestar y en su pronta recuperación con el objetivo de volver a hacer sus actividades sin problemas.

Los centros de atención a la discapacidad que conoce son el Hospital de los Ángeles, el DIF y la clínica de la Doctora Delsa, a los cuales ha asistido.

Ante estas situaciones ya expuestas podemos notar que la discapacidad modifica los estilos de vida de las personas de una manera repentina, en las relaciones interpersonales y laborales, dónde efectivamente las primeras redes de apoyo son los familiares.

Sin embargo independientemente de los obstáculos físicos en los que se encuentran, estas personas coinciden en “no querer ser un estorbo” para sus familiares, ser de utilidad para consigo y en su trabajo, así como poder reintegrarse a su estilo de vida cotidiano superando los obstáculos y limitaciones que surgieron como consecuencia de la discapacidad, recobrando así su autonomía e independencia.

## **CONCLUSIONES.**

A raíz de lo ya mencionado, entendemos que la discapacidad puede llegar a la vida de cualquier persona sin importar la edad, clase social y condición, afectando en gran medida a quién la padece y a las personas que le acompañen dentro de este proceso, ya que no es posible tratar a este acontecimiento como un hecho aislado sino como la suma de un todo. Puesto que el área dónde se desenvuelve la persona con discapacidad es inmensamente grande, así como la necesidad de brindarle las herramientas necesarias para continuar con su estilo de vida cotidiano, tomando en cuenta que dentro de estas circunstancias se verá obligado incluso a actuar en mayor tiempo de lo establecido normalmente.

Consideramos en primera instancia que el individuo que padece de discapacidad enfrenta este reto día a día a partir de que se hace presente, modificando y alterando en gran medida el modo y la forma de relacionarse a partir de un suceso inesperado. Tomando en cuenta que las redes de apoyo son fundamentales puesto que ellas ayudan en gran medida a que las personas sobrelleven o no la discapacidad dentro de su estilo de vida, estas redes de apoyo como son la familia, amigos y centros de rehabilitación deben de considerarse como un factor fundamental dentro del proceso de rehabilitación.

Así mismo la rehabilitación involucra en todos los sentidos a la persona en cuestión, pues esta puede hacerse un sin fin de expectativas con el proceso y el modo de sobrellevar las situaciones en las que se desenvolverá a partir del diagnóstico de la discapacidad en adelante, desde el tipo de tratamiento que la persona decida llevar a cabo, dependiendo de las posibilidades tanto económicas, como físicas en las que se encuentre. Considerando también que un proceso de rehabilitación tiende a ser muy demandante, pues para ver resultados se suelen llevar grandes periodos de tiempo y sobre todo constancia en el proceso de rehabilitación.

Pensamos que dentro de este proceso, o sea el de la rehabilitación física es primordial adecuar la rehabilitación psicológica de la persona con discapacidad

adquirida, lo cual conllevará a dar una mayor adaptación y facilidad al proceso de reintegración del individuo. Para lograr esta rehabilitación psicológica es necesario tomar en cuenta cómo se desenvolvía el individuo en su día a día antes de la discapacidad, pues esto nos ayuda a comprender en gran medida cómo la discapacidad afecta a la persona, desde el duelo que afecta en gran medida la imagen que se tenga de sí mismo a partir de ese momento.

Notamos que en estos casos, las personas con discapacidades adquiridas dicen valorar la ayuda prestada por las personas cercanas a ellas, así como aprovechar las oportunidades que les brindan para superar esa etapa, continuando con sus terapias, sin embargo estas personas tienen que afrontar los retos del día a día tales como asearse, comer, trasladarse, socializar, puesto que se van desarrollando de una manera distinta a la acostumbrada antes de la discapacidad, hay que considerar que el ambiente y/o la situación determina cómo van a actuar dentro del entorno en el que se encuentren, desde la facilidad de poder trasladarse hasta el modo de desenvolverse socialmente.

Además cabe destacar que las infraestructuras en las que nos desenvolvemos regularmente, no hay en su mayoría algún tipo de sistema o mecanismo que permitan la facilidad de uso para las personas discapacitadas, o que en su defecto no sean respetadas omitiendo de alguna manera a esta parte de la población que necesita este tipo de apoyos, tales como rampas, señalamientos para ciegos y sordomudos, elevadores dónde ellos tengan algún tipo de prioridad y más cosas a fines, que les permita continuar con su estilo de vida.

Consideramos que este tipo de omisiones son una muestra de violencia que se ha ido naturalizando con el paso de los años, dejando en desventaja a las personas con discapacidad, puesto que no son respetadas las normas necesarias para integrarlos y dejarlos convivir de una manera socialmente aceptable, con el fin de brindarles la calidad de vida esperada.

Por ello destacamos que para violentar a una persona con discapacidad no hace falta insultarla, puesto que dentro de nuestras acciones del día a día tales como no respetar el lugar para discapacitados, obstruir las señalizaciones para ciegos y otras acciones, estamos fomentando la violencia para ellos.

Cabe destacar que todo lo que sabemos sobre discapacidades adquiridas es poco, puesto que se hayan más artículos, trabajos e investigaciones sobre educación especial, haciendo falta en el área de los distintos tipos de discapacidades que pueden presentarse a una mayor edad, por ello es necesario hondar más dentro del campo de la investigación sobre discapacidades adquiridas en el área psicológica, no sólo viéndolo desde el punto de la rehabilitación física y sus afecciones, sino también como una rehabilitación psicológica que sirva de apoyo dentro del proceso.

En donde la rehabilitación psicológica reestructure a la persona afectada en su entorno y capacidad para poder desenvolverse como persona, reforzando su seguridad y confianza en sí misma, tomando en cuenta los logros, así como los avances obtenidos dentro de la terapia física, siendo así un apoyo y contención para la persona que se encuentra en este arduo proceso, con la única finalidad de que la persona que ha adquirido una discapacidad, logre continuar con su estilo de vida, superando no sólo el reto que involucra estar privado de alguna de sus capacidades físicas y/o sensoriales, sino también el reto de considerarse como una persona útil y autónoma capaz de realizar las tareas cotidianas de su día a día, es decir empoderar a estas personas, naturalizando su discapacidad como parte de si, sin que esta sea un obstáculo para ellos, tanto para la familia como para la sociedad.



## REFERENCIAS.

Acosta (2006). Aceptación o rechazo: perspectiva histórica sobre la discapacidad, la rehabilitación y la psicología de la rehabilitación. México. Psicología y salud. Vol.16 No. 002

Adroher (1997). Discapacidad e integración: Familia, trabajo y sociedad. Madrid. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.

Almansa (2011). Las doce creencias irracionales que sustentan la neurosis (A. Ellis) y los doce curadores (E. Bach): estudio de su correspondencia. España. Congreso SEDIBAC de Terapia Floral.

Amate (2006). Discapacidad lo que todos debemos saber. Washington D.C. Organización Panamericana de Salud.

Amate (2006). Discapacidad lo que todos debemos saber. Washington D.C. Organización Panamericana de Salud.

Asociación Iniciativas y Estudios Sociales. Guía sobre violencia y mujer con discapacidad. España. Gráficos Narón.

Cantalejo (2000). Entrenamiento en habilidades de autonomía personal. EnVV.AA. (Comps),.Aspectos evolutivos y educativos de la deficiencia visual.

Madrid.Organización Nacional de Ciegos Españoles.

Carvajal (2009). Rehabilitación cognitiva en un caso de alteraciones neuropsicológicas y funcionales por Traumatismo Craneoencefálico severo. Revista Chilena de Neuropsicología. Vol 4. N°1. Pp (52-63).

Céspedes (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los nuevos modelos de rehabilitación

Céspedes (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. Colombia. Aquichan Vol. 5.

Chávez (2012). Diferencia entre discapacidad adquirida y discapacidad sobrevenida. México. El universal.

Chiappello (2006). La familia frente a la discapacidad. Rio de Janeiro. Universidad Nacional de Rio Cuarto.

- Domínguez (2002). Mujer y discapacidad. Oviedo. K.R.K ediciones.
- Fantova (2000). Trabajando con las familias de las personas con discapacidad. España. Revista española sobre discapacidad intelectual. Vol. 6.
- Fantova (2000). Trabajar con las familias de las personas con discapacidad. España. Siglo Cero,
- Fantova (2000). Trabajar con las familias de las personas con discapacidad. España. Siglo Cero,
- Fernandez (1994). Actividad física y minusvalía. España.
- Ferreira (2009). Cambio de actitudes sociales para un cambio de vida. Disponible en [http://www.um.es/discatif/documentos/Actitudes\\_Cuenca09.pdf](http://www.um.es/discatif/documentos/Actitudes_Cuenca09.pdf)
- Ferreira (2009). Cambio de actitudes sociales para un cambio de vida. Disponible en [http://www.um.es/discatif/documentos/Actitudes\\_Cuenca09.pdf](http://www.um.es/discatif/documentos/Actitudes_Cuenca09.pdf)
- Franco (2006). Sexualidad y mujer con discapacidad. España. Unión europea.
- Galaimberti (2007). Diccionario de psicología. México. Siglo Veintiuno.
- Galaimberti (2007). Diccionario de psicología. México. Siglo Veintiuno.
- Galaimberti Umberto (2007). Diccionario de psicología. México. Siglo Veintiuno.
- Garrido (2012). Intervención del Municipio en la Política Social para las Personas con Discapacidad. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p2.1.htm>
- Garrido (2012). Intervención del Municipio en la Política Social para las Personas con Discapacidad. Disponible en: <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p2.1.htm>
- Gobierno de Nuevo León (2009). [http://www.nl.gob.mx/?P=info\\_discapacidad](http://www.nl.gob.mx/?P=info_discapacidad)
- Guzmán (2012). Historia de la sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. México. <http://www.socmedfisyrh.org.mx/index.php/sociedad-mexicana-de-medicina-fisica-y-rehabilitacion/historia>
- Hernández (2004). Terapias alternativas en rehabilitación. Memorias del congreso de profesionales de enfermería. Clínica y IX simposio: Actualizaciones de enfermería. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria7404-Terapia.htm>

<http://www.uclm.es/profesorado/ricardo/EE/Definiciones.html>

Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. (2010). <http://cuentame.inegi.gob.mx/impresion/poblacion/discapacidad.asp>

Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. (2011). <http://www.discapacidad.com/nota.php?id=1381>

Lanzarote (2007). Tendencias actuales en discapacidad: abordaje psicológico. España. Universidad de Sevilla.

Ledesma (2008). La imagen social de las personas con discapacidad. Madrid. Cinca.

Ledesma (2008). La imagen social de las personas con discapacidad. Madrid. Cinca.

López (2006). Actividades alternativas para integrar a personas con necesidades de apoyo generalizado. España. Ministerio de trabajo y asunto sociales.

López (2006). Actividades alternativas para integrar a personas con necesidades de apoyo generalizado. España. Ministerio de trabajo y asunto sociales.

López (2006). Actividades alternativas para integrar a personas con necesidades de apoyo generalizado. España. Ministerio de trabajo y asunto sociales.

Ministerio de salud pública (2009). Manual de los servicios de rehabilitación integral en la APS. Grupo nacional de rehabilitación

Ministerio de salud pública (2009). Manual de los servicios de rehabilitación integral en la APS. Grupo nacional de rehabilitación

Mom y Robert (2000). Discapacidad y trabajo. España. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.

OMS(2012). <http://www.who.int/es/>

OMS(2012). <http://www.who.int/es/>

ONU <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y01.htm>

Organización de las Naciones Unidas.

<http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y01.htm>

Organización de las Naciones Unidas.

<http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y01.htm>

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y Salud. España. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales.

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y Salud. España. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales.

Organización Mundial de la Salud (2011). <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud (2011). <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Real Académica Española (2012). <http://lema.rae.es/drae/?val=habilitar>

Ruiz (2012). Apoyo en el proceso de duelo de personas con discapacidad intelectual. España. Ministerio de trabajo y asunto sociales.

Ruiz (2012). Apoyo en el proceso de duelo de personas con discapacidad intelectual. España. Ministerio de trabajo y asunto sociales.

Ruiz (2012). Apoyo en el proceso de duelo de personas con discapacidad intelectual. España. Ministerio de trabajo y asunto sociales.

Ruiz y Sainz (2008). Apoyo en el proceso de Duelo de personas con discapacidad Intelectual. España. AMPANS

Secretaría de Salud (2005). Guía de Equipamiento Unidad de Rehabilitación. México CENTEC

Secretaría de Salud (2005). Guía de Equipamiento Unidad de Rehabilitación. México. CENTEC

Secretaría de Salud (2005). Guía de Equipamiento Unidad de Rehabilitación. México CENTEC.

Soletano(2011). Historia de la rehabilitación en Latinoamérica. Argentina. Hospital UniversitarioCEMIC

Suñé (2010). El camino de la dependencia a la independencia. España. Discapacidad Visual Hoy, Aportes sobre la Visión Diferenciada.

Suñé (2010). El camino de la dependencia a la independencia. España. Discapacidad Visual Hoy, Aportes sobre la Visión Diferenciada.

Suñé (2010). El camino de la dependencia a la independencia. España. Discapacidad Visual Hoy, Aportes sobre la Visión Diferenciada.

Suso (2012). Aspectos psicológicos implicados en la discapacidad y el dolor en las lesiones de los nervios periféricos de los miembros superiores. Barcelona. Universidad de Barcelona.

Suso (2012). Aspectos psicológicos implicados en la discapacidad y el dolor en las lesiones de los nervios periféricos de los miembros superiores. Barcelona. Universidad de Barcelona.

Suso (2012). Aspectos psicológicos implicados en la discapacidad y el dolor en las lesiones de los nervios periféricos de los miembros superiores. Barcelona. Universidad de Barcelona.

Universidad de Castilla de la Mancha. Definiciones de educación especial.

Vallejo (2001). Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad. Colombia. Universidad de Antioquia

Valverde (1975). Tratado de rehabilitación. Barcelona. Labor.

Vaz y Cano (2006). Clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías. Badajoz. Facultad de medicina de Badajoz.

Verdugo (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Salamanca. Amaru.

Verdugo (2003). Calidad de vida. Salamanca. Siglo cero.

Verdugo (2003). Calidad de vida. Salamanca. Siglo cero.

Verdugo (2006). Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación. Salamanca. Amarú.

Verdugo (2006). Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación. Salamanca. Amarú.

Vila (1994). Apuntes sobre Rehabilitación Visual. Madrid. Sección de Cultura de la ONCE vuelo

Vila (1994). Apuntes sobre Rehabilitación Visual. Madrid. Sección de Cultura de la ONCE vuelo

Wall (1980). Educación constructiva para grupos especiales. Ginebra. Voluntad.