



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO
"EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO"

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8852-25

**"LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN
EMOCIONAL Y REHABILITACIÓN FÍSICA PARA PERSONAS
CON DISCAPACIDAD Y SU FAMILIA"**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

GABRIELA OVIEDO ALCARACAZ

DIRECTOR DE TESINA

PSIC. ANGELINA ROMERO HERRERA



ACAPULCO, GRO. MARZO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA

“La discapacidad es una cuestión de percepción. Si puedes hacer una sola cosa bien, eres necesitado por alguien.”

Martina Navratilova

El presente proyecto está inspirado en un caso de discapacidad, cual plantea que no existen límites, sino dificultades. Dedico el presente proyecto a todas las familias y personas con discapacidad que requieren un acompañamiento psicológico, rehabilitación física, el cual pretende establecer un punto de comprensión del proceso vivencial y sus complejidades, mediante la aceptación, el duelo y la resiliencia, respecto a la expectativa de aspirar a una mejor calidad de vida.

Con la advertencia de que no es sencillo lidiar con la discapacidad, sino buscar una serie de alternativas y/o soluciones que concreten el objetivo principal de las familias para la inclusión del paciente a la sociedad, con la seguridad de que es un ser inigualable e irrepetible que posee habilidades únicas.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi madre por amarme y por su apoyo incondicional, comprensión y el impulso emocional que me brindó durante mi preparación profesional.

A mis hermanos, por solidarizarse conmigo en este proyecto que ha sido una muestra de entrega a mis sueños, mis metas y objetivos.

A la psicóloga Angelina Romero, a quien la considero un ángel en mi camino. Ella ha creído en mí, me ha empoderado, con atención, entrega y compromiso me enseñó lo esencial para ser una psicóloga con amplio sentido ético y profesional.

Al psicólogo Carlos González, quien ha confiado en mí, ha sido mi escucha, y me ha guiado con paciencia durante mi carrera.

Al psicólogo Carlos Betancourt, quien con su perspectiva respecto a mi discapacidad me impulsó a una mejora continua y un crecimiento profesional.

A la psicóloga Rosa Elia, quien fue muy agradable conmigo e hizo adaptaciones en el material de cátedra, siendo así, consciente de mis necesidades.

Oscar Aranzola quien mediante sus estrictas técnicas de enseñanza me impulsó a buscar una motivación interna para enfrentar los retos circunstanciales.

Lina de la Fuente quien me ayudó a comprender que no existe la discapacidad para alcanzar un objetivo, gracias a sus enseñanzas hoy soy más fuerte. A su hija Amanda, a quien agradezco su tiempo, espacio, dedicación y bondad.

A Sam Serrano, quien fue el impulsor de esta maravillosa locura, iniciar mi carrera.

Yajaira García, quien reafirmó que la discapacidad es sólo un reto más, quien me enseñó que puedo potencializar mis habilidades acorde a mis necesidades. A Adriana Olayo, quien descubrió en mí una fuerza que me ha levantado para trascender.

A Iliana Mendoza, Yareni Muñoz, Allison Rodríguez, Alexa Castro y Estephany Zavala, quienes con su ayuda han sido parte de la elaboración de éste, mi sueño.

¡MUCHAS GRACIAS...!

Contenido

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1. DISCAPACIDAD	13
1.1. ¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD?.....	13
1.2. TIPOS DE DISCAPACIDAD.....	14
1.2.1. Discapacidad Motriz y Física	14
1.2.2. Problemas asociados a la discapacidad motriz	15
1.2.3. Discapacidad Auditiva.....	17
1.2.4. Discapacidad visual	18
1.2.5. Discapacidad intelectual	21
1.3. ¿POR QUÉ SE DA LA DISCAPACIDAD?.....	24
1.4. PORCENTAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MÉXICO	25
CAPÍTULO 2. ATENCIÓN EMOCIONAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	31
2.1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN EMOCIONAL PARA UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD?.....	31
2.1.1. Emociones.....	31
2.1.2. La relación de la inteligencia con las emociones.....	32
2.1.3. La conjunción hecha concepto: “Inteligencia emocional” y su desarrollo en la discapacidad.....	33
2.2. TIPOS DE TERAPIAS Y TALLERES PARA PROMOVER LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	36
2.2.1. La equino-terapia	36
2.2.2. Abrazo- terapia	39
2.2.3. Arte-terapia	41
2.2.4. Musicoterapia para socializar y relajar	43

2.3. TERAPIAS FÍSICAS	47
2.3.1. Hidro-terapia.....	47
2.3.2. Fisioterapia	48
CAPITULO 3. EL IMPACTO EN LA FAMILIA CUANDO HAY UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD	50
3.1. LA INTIMIDAD DEL HOGAR.....	50
3.2. UN VÍNCULO ESPECIAL.....	53
3.3. EL IMPACTO ECONÓMICO EN LA FAMILIA CON HIJOS CON DISCAPACIDAD	55
3.4. EL DUELO EN LAS FAMILIAS	55
3.5. ETAPAS DEL DUELO	56
3.6. EL DUELO EN LAS DISTINTAS ÁREAS DE LA VIDA HUMANA.....	57
3.7. RESILIENCIA EN LAS FAMILIAS.....	59
3.8. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LAS FAMILIAS	60
3.9. IMPORTANCIA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	62
CAPÍTULO 4. PROPUESTA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN EMOCIONAL Y REHABILITACIÓN FÍSICA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS.....	63
4.1. JUSTIFICACIÓN.....	63
4.2. INTRODUCCIÓN	64
4.3. OBJETIVO GENERAL	65
4.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65
4.5. MISIÓN	65
4.6. VISIÓN	66
4.7. LEMA.....	66
4.8. VALORES	66
4.9. POLÍTICA DE CALIDAD	67
4.10. ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE ATENCIÓN EMOCIONAL Y REHABILITACIÓN FÍSICA	68

.....	68
4.11. ANÁLISIS DE PUESTOS	69
4.12. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	73
4.13. ENTREVISTAS POR GRUPOS DE EDAD.....	77
4.14. PRUEBAS.....	77
4.14.1. Descripción de las pruebas	78
4.15. CATÁLOGO DE ACTIVIDADES PARA TRABAJAR CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS	81
4.16. VALORACIÓN FINAL PARA LOS USUARIOS	89
4.17. SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS.....	89
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.....	90
REFERENCIAS	93
ANEXOS	98

RESUMEN

Discapacidad: se engloba en todas aquellas deficiencias, limitaciones, para realizar actividades y restricciones para la participación. Describiéndolas de la siguiente manera.

- **Deficiencia:** Problemas que afectan alguna función de algún miembro del cuerpo.
- **Limitaciones:** Dificultades para llevar a cabo alguna acción.
- **Restricciones:** Dificultades para participar en situaciones vitales.

Por lo tanto la importancia de atender a las personas con las características para que alcancen su autonomía es mostrarle que pueden aprovechar y descubrir otras habilidades realizándolas para que las utilicen en cada dificultad del día a día, logrando su autonomía, con esto propongo la creación de un Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física con el objetivo de dar un servicio integral, para que las personas con discapacidad aprendan a desarrollar sus habilidades emocionales además de su rehabilitación física, promoviendo la autonomía, considerando en todo momento, el trabajo cercano con las familias.

Palabra clave: discapacidad, familia, atención emocional, rehabilitación.

ABSTRACT

Disability includes all those deficiencies, limitations to carry out activities and restrictions for participation, described as follows:

- **Deficiency:** Problems that affect some function of a part of the body.
- **Limitations:** Difficulties to carry out any action.
- **Restrictions:** Struggle at engaging in vital functions.

Therefore, the importance of treating patients with these characteristics so that they reach their autonomy is to show them that they can discover and take advantage of other skills, exploiting them at every daily challenge, in order to achieve their autonomy. With this I propose the creation of a Center for Emotional and Physical Rehabilitation, aiming at providing comprehensive treatment for people with disabilities, so they can learn to develop their emotional skills in addition to obtaining their physical rehabilitation, promoting their autonomy and working closely with families at the same time.

Key words: disability, family, emotional attention, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el INEGI hasta el 2014, había 7.1 millones de mexicanos con alguna discapacidad, en Guerrero estaban siendo atendidas 565 familias, sin embargo no es suficiente, por lo que se requieren de un mayor número de centros que puedan brindar servicios especializados para las personas con algún tipo de discapacidad.

En este sentido, la propuesta de este proyecto es crear un Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física en el Estado de Guerrero que brinde un servicio completo, disponible para las personas que tengan algún tipo de discapacidad. Esto, para apoyar en el desarrollo y fortalecimiento de su independencia, autonomía y aceptación, para favorecer la inclusión en los ámbitos social, laboral y familiar.

En el capítulo 1 se aborda que la discapacidad de un fenómeno complejo donde influye tanto la cuestión orgánica como la social. (Organización Mundial de la Salud, 2018). Dicho de otra manera, la discapacidad es la incapacidad para realizar actividades cotidianas, y esta puede derivarse de forma congénita, por enfermedad o accidente, afectando de esta manera algún sentido o parte del cuerpo. Las personas con discapacidad constantemente buscan alcanzar su independencia para poder sentirse incluidos en la sociedad que los rodea, por eso es importante fomentar la cultura de la inclusión y promover su participación en las actividades diarias.

En el capítulo 2 se aborda sobre las emociones. Lawler (1999) define las emociones como un breve periodo de evaluación ya sea positivo o negativo, que se complementan con elementos

fisiológicos, neuronales y cognitivos. Brody (1999) las define como un sistema motivacional y coincide en que las emociones incluyen el aspecto fisiológico y cognitivos añadiendo el conductual y la experiencia.(en Bericat, 2012)

En el capítulo 3 se explica que la irrupción de un miembro con algún tipo de discapacidad en la familia provoca una serie de alteraciones en la dinámica de ésta, no sólo por lo inesperado e imprevisto del evento, sino por lo traumático que resulta para todos y cada uno de los integrantes de dicha familia, sobre todo a nivel emocional. (Universidad de Guadalajara, 2015).

En el capítulo 4 se dará a conocer la propuesta para la creación de un Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física (CAERF), cuyo objetivo general es crear un centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física en el estado de Guerrero que brinde un servicio completo, disponible para las personas que tengan algún tipo de discapacidad. Así mismo se plantean los objetivos específicos, la misión, la visión, el lema, los valores del Centro, la política de calidad, se muestra un organigrama, se hace un análisis de puestos, destacando el área de psicología, así como el proceso y procedimiento para la atención del usuario. También se da una sugerencia de las entrevistas que debe de llevar a cabo el área de psicología y las pruebas que pueden emplearse. Se muestra un catálogo de actividades dirigidas tanto a las personas con discapacidad como a sus familias.

En el capítulo 5 se presentan las conclusiones y se hace mención de lo que el Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física (CAERF) está dispuesto a lograr con el adecuado

trabajo en las emociones ya que cuando no existe un buen desempeño en éstas las frustraciones suelen encontrarse en la vida cotidiana impidiendo desenvolverse de manera adecuada en los distintos ámbitos de vida tales como el social, laboral, familiar, etc. El Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física también dispone de sus servicios para la rehabilitación física, la cual se ha comprobado la importante conexión que se tiene con lo emocional.

CAPÍTULO 1. DISCAPACIDAD

1.1. ¿Qué es la discapacidad?

La discapacidad es un término que engloba todas aquellas deficiencias, limitaciones para realizar actividades y restricciones para la participación. Describiéndose cada una de la siguiente manera:

- Deficiencias: son los problemas que afectan a determinada función o parte del cuerpo,
- Limitaciones para realizar actividades: son todas aquellas dificultades para poder llevar a cabo ciertas acciones,
- Restricciones: son dificultades para poder participar en situaciones vitales.

Siendo la discapacidad un fenómeno complejo donde influye tanto la cuestión orgánica como la social. (Organización Mundial de la Salud, 2018). Dicho de otra manera, la discapacidad es la incapacidad para realizar actividades cotidianas, y esta puede derivarse de la genética o un accidente, afectando de esta manera algún sentido o parte del cuerpo. Las personas con discapacidad constantemente buscan alcanzar su independencia para poder sentirse incluidos en la sociedad que los rodea, por eso es importante fomentar la cultura de la inclusión y promover su participación en las actividades diarias.

1.2. Tipos de discapacidad

1.2.1. Discapacidad Motriz y Física

Discapacidad es 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. (Organización Mundial de la Salud, 2017).



Imagen 1. Discapacidad motriz y física. Fuente: Cuidado Infantil

La discapacidad se refiere a las limitaciones motrices y físicas con las que los seres humanos lidian para realizar sus actividades cotidianas y que a su vez tienen ciertas dificultades dentro de su discapacidad, por ejemplo: tener un trabajo o realizar una actividad dentro de las escuelas. En México desafortunadamente no se tiene la cultura para enfrentar estos tipos de

discapacidades, debido a que la sociedad aparta a las personas, las excluye debido a la ignorancia y porque no se tiene una cultura de inclusión, se desconoce las habilidades que pueden desarrollar, por lo tanto, no son aprovechadas las potencialidades que pueden tener. Así mismo no existen los medios necesarios para que las personas con discapacidad, se sientan incluidos y adaptados al entorno social en el que vivimos.

1.2.2. Problemas asociados a la discapacidad motriz

Los niños con discapacidad motriz y principalmente originada por una parálisis cerebral (daño al cerebro) experimentan otros cambios o problemas asociados. No siempre ocurren estos problemas, pero es necesario conocerlos porque impiden el aprendizaje. (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010)

- Dificultades visuales. Algunos niños sufren problemas de agudeza visual; también dificultades para enfocar objetos (por ejemplo, en ocasiones los ven borrosos o en sus ojos hay movimientos involuntarios), para comprender las distancias (por ejemplo, ven objetos más lejos de lo que están) y para ubicar su cuerpo en el espacio.
- Estrabismo. No mueven adecuadamente uno de los ojos o se les va hacia un lado, lo que les dificulta enfocar objetos.
- Pie varo o valgo. Deformación en la articulación del tobillo, que ocasiona limitaciones en el andar.
- Anemia. Algunos niños con parálisis cerebral sufren problemas para la asimilación de los nutrientes y están bajos de peso.
- Infecciones de vías respiratorias.

Algunos niños pueden caminar, aunque con dificultades. Otros no mueven adecuadamente sus brazos y manos, pero pueden efectuar actividades diversas. Algunos indicadores servirán para observar las características de movimiento de los alumnos y determinar sus posibilidades de participación dentro del grupo: (Comisión Nacional de Fomento Educativo, 2010)

- Posiciones estáticas.
- Habilidades con la pelota.
- Prensión y manipulación.
- Funciones perceptuales: visión.
- Posición estática.

En el caso de los niños con parálisis cerebral es importante conocer las características de su visión (si no baja o no mueve la cabeza con facilidad para ver su cuaderno); en especial con el propósito de presentarle las imágenes, los materiales y los cuadernos en la zona con visión adecuada (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010)

Como se lee en el texto anterior, existen varios problemas referentes a la discapacidad motriz y física como pueden ser problemas con lo visual, estrabismo, movimientos involuntarios de los ojos, por mencionar algunos; esto impide la realización correcta de las actividades que normalmente se pueden realizar.

1.2.3. Discapacidad Auditiva

¿Qué es la discapacidad auditiva?

Los niños con discapacidad auditiva enfrentan dificultad para adquirir el lenguaje. El lenguaje es una forma de conceptualizar el mundo, entenderlo y explicarlo; también, uno de los medios que nos permiten adquirir conocimientos e información acerca de nuestras experiencias y de los demás.

A un niño con pérdida auditiva que no logra desarrollar un lenguaje le será muy difícil adquirir conocimientos y comprender los eventos a su alrededor (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010).

Las personas que tienen problemas de audición les es muy difícil comunicarse ya que cualquier persona tienen el conocimiento de su entorno desde pequeños, pero las personas con problemas auditivos no tienen el conocimiento de su entorno ya que no tienen un concepto del mismo. Por lo tanto, les es difícil comunicarse ya que no cuentan con el conocimiento, pueden recibir terapia o tratamiento en el cual se le puede ir enseñando su entorno y los nombres de las personas por medio de tarjetas y a su vez enseñarle lenguaje a través de señas.



Imagen 2. Discapacidad Auditiva. Fuente: ABC Familia

En ámbito familiar se inicia el aprendizaje junto al infante si se lleva a tiempo a una terapia en donde se aprende el lenguaje de señas, a leer los labios y a comunicarse padres, hermanos e hijo, para a su vez poder incluirlo al ámbito escolar. Es un proceso largo en el cual hay que tener paciencia, disponibilidad e interés para lograr trabajar en conjunto y tener el resultado deseado. Por otro lado, en el área laboral se implementaría un curso intensivo respecto a lenguaje de señas y lectura de labios para poder laborar con personas de audición, se trata de incluir a estas personas que padecen esta cierta discapacidad auditiva dentro de la sociedad ya que lo único que hay que hacer es adecuarnos o adaptarnos a sus condiciones para que ellos puedan descubrir sus habilidades y tener una vida normal.



Imagen 3. Aprendizaje de lenguaje de señas. Fuente: 123RF.com

1.2.4. Discapacidad visual

La Discapacidad Visual (DV) está relacionada con una deficiencia del sistema de la visión que afecta la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, afectando la capacidad de una persona para ver. Al hablar de DV podemos referirnos a la persona que presenta ceguera o baja visión. (Dirección General de Educación Especial, 2011)

- Ceguera: (agudeza visual menor a 20/200)

Es una condición de vida que afecta la percepción de imágenes en forma total reduciéndose en ocasiones a una mínima percepción de luz, impidiendo que la persona ciega reciba información visual del mundo que le rodea. (Dirección General de Educación Especial, 2011)

- Baja visión: (hasta agudeza visual 6/18)

Es una condición de cada que disminuye la agudeza o el campo visual de la persona; es decir, que quienes presentan una baja visión ven significativamente menos que aquellas que tienen una visión normal. (Dirección General de Educación Especial, 2011)

En este caso en muchas ocasiones se pueden tener muchos accidentes físicos ya que pueden tenerse caídas que ponen en riesgo la vida o la integridad de la persona, en ocasiones en las noches no tienen la claridad para distinguir obstáculos en las calles o en los lugares públicos, también al escoger la ropa tienen dificultades ya que pueden percibir los colores de diferente manera, por ejemplo: el negro con el azul marino, rojo con el naranja, etc.

Y en el trabajo en muchas ocasiones tienen problemas para distinguir caras objetos o leer escritos y hasta existen problemas para manejar cualquier tipo de dispositivo tecnológico; Con ellos puede trabajarse con el sistema Braille en el colegio dándole a los profesores el aprendizaje de este sistema para que puedan calificar tanto tarea como trabajos de los estudiantes con ceguera o con debilidad visual y buscarles programas parlantes en el caso que utilicen iPad, celulares o computadoras.

En lo laboral se les daría la oportunidad de trabajar con dispositivos parlantes para que ellos puedan trabajar de forma “normal” siendo incluidos e integrados a un ambiente social y laboral donde ellos puedan mostrar sus capacidades.

Sistema de escritura Braille

Es un sistema de escritura mundialmente para que las personas con Discapacidad Visual puedan contar con un sistema de lecto-escritura táctil que les permite acceder y compartir información necesaria para su incorporación a actividades cotidianas y su inclusión plena en los contextos educativo, social y laboral. (Dirección General de Educación Especial, 2011)



Imagen 4. Sistema braille. Fuente: Debate.com.mx

En cuestión de educación

El enfoque de la educación inclusiva propuesto en el plan de estudios 2011 en México, pone de manifiesto la importancia de atender a las necesidades específicas mediante ajustes pedagógicos que aseguren el aprendizaje y la participación de todos los alumnos. (Dirección General de Educación Especial, 2011)

Recomendaciones:

- Las personas con ceguera requieren de apoyos que les permitan ubicarse en el espacio, saber qué características tiene el lugar donde se encuentran, apoyarse en puntos cardinales, ser apoyado por un guía vidente, utilizar bastón blanco y/o perro guía.
- Favorecer el desarrollo perceptivo y manejo de los sentidos restantes.
- Proporcionar a la persona con DV la información necesaria para permitirle comprender y conocer más detalladamente el mundo que le rodea.
- Mantener un orden específico en el mobiliario y áreas de la escuela para impedir accidentes.



Imagen 5. Bastón de apoyo para personas con discapacidad visual. Fuente: Tendencias 21

1.2.5. Discapacidad intelectual

Como ya se explicó en la introducción, el concepto discapacidad se refiere a la condición de vida de una persona, que obstaculiza su funcionamiento intelectual, sensorial y motriz, afectando su desarrollo psicomotor, cognoscitivo, de lenguaje y socioafectivo.

La discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual, según la ICD-11 (*International Classification of Diseases 11th Revision*) tiene como característica las limitaciones

importantes en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, estas se pueden expresar principalmente en las habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

La definición y clasificación de esta discapacidad se acopla al concepto propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2001) coincidiendo en las manifestaciones que presentan las personas con este tipo de discapacidad en su comportamiento, sobre todo las relacionadas con la participación y en las funciones individuales (Luque-Parra & Luque-Rojas, 20016).

Estas limitaciones se manifiestan en dificultades para aprender, adquirir conocimientos y lograr su dominio y representación; por ejemplo: la adquisición de la lectura y la escritura, la noción de número, los conceptos de espacio y tiempo, las operaciones de sumar, restar, multiplicar y dividir (Berruecos, María Paz, México, Trillas, 2003).

En el siguiente cuadro se da el concepto brindado por la *American Association on Mental Redaction* (2002) de igual manera se plasman algunos elementos primordiales para su diagnóstico.

Cuadro 1. 10° *Definición de la American Association on Mental Redaction*

Discapacidad caracterizada por limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años.

Son esenciales para la aplicación de esta definición las siguientes premisas:

- a) Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
- b) Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
- c) En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con las capacidades
- d) Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
- e) Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento vital de la persona con discapacidad intelectual generalmente mejora.

Fuente: Luque-Parra & Luque-Rojas, (2016) pp. 46

En la discapacidad intelectual es importante que se atienda desde la niñez ya que hay una afectación en el aprendizaje, conceptos matemáticos, lectura, escritura, comprensión, etc. En este caso sería importante la detección oportuna de los maestros para atender este problema y tener una mejora en el rendimiento escolar, por medio de clases particulares o atención particular y se puede llegar a un buen resultado de aprendizaje.

La inteligencia es un proceso amplio que abarca una enorme cantidad de funciones de la mente humana, para lograr adaptarse a diversas situaciones. Para un mejor entendimiento del niño con discapacidad intelectual, se definirá inteligencia como la capacidad de una persona para adaptarse con éxito a situaciones determinadas. Sus componentes son los mismos para todos los niños: el análisis, la generalización, la síntesis, la anticipación, la planificación, la identificación de problemas, la manera de resolverlos y el pensamiento abstracto; sin embargo, no todos pueden reconocer la existencia de problemas, hacer inferencias, seleccionar la nueva información, discriminar y aplicar esa información

haciendo cosas parecidas. La inteligencia de los niños con alguna discapacidad presenta diferencias significativas en esos componentes (Ferral, 2010, p. 6).

Las características de pensamiento del niño con discapacidad intelectual representan una desventaja para acceder a los aprendizajes escolares. Sin embargo, un trabajo colaborativo con un enfoque integrador entre la promotora educativa, el instructor, la familia y la comunidad podrá reducir las desventajas y evitar que se conviertan en barreras para su inclusión (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010).

1.3. ¿Por qué se da la discapacidad?

Hoy entendemos que la discapacidad surge de la interrelación entre las características de una persona que presenta un déficit, ya sea físico, intelectual, sensorial o psíquico y las condiciones del entorno donde esta persona vive. Muchas veces él presenta barreras que afectan el desarrollo de las personas, generando una situación de discapacidad.

Las situaciones de discapacidad se traducen en dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas en la vida diaria y en dificultades relacionadas con la participación social. Las barreras existentes en el entorno pueden ser físicas o sociales, como la accesibilidad de las calles, las características de construcción de las viviendas, falta de servicios de apoyo, sistema educativo segregado, actitudes discriminadoras de las personas, etc.

El déficit que presenta una persona, ya sea físico, intelectual, sensorial o psíquico, puede ser ocasionado por diversas patologías. Las patologías pueden ser de carácter congénito, vale decir

presente al nacer o de carácter adquirido en una etapa posterior, a causa de alguna enfermedad o accidente (Teletón, 2014).

1.4. Porcentaje de personas con discapacidad en México

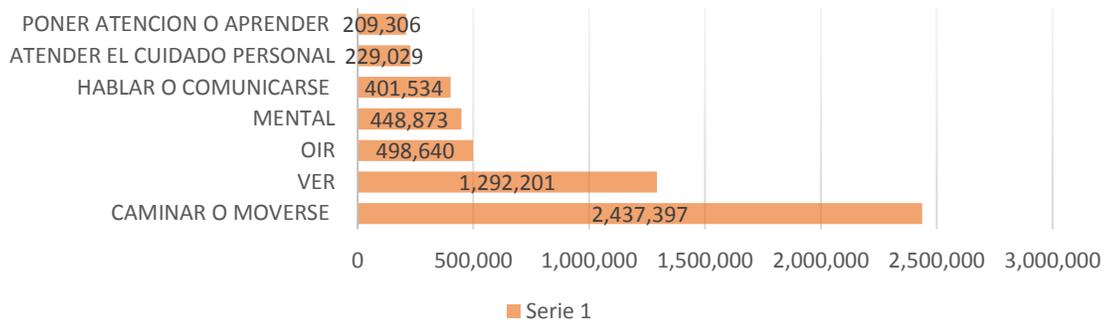
Grafica 1: *Población total según condición de limitación en la actividad.*



Fuente: INEGI, Censos y Conteos de Población y Vivienda. (2010)

En la gráfica 1 se muestra que de 94/100 son personas que no tienen ninguna limitación motriz o física, etc., ya que 4/100 son personas que cuentan con alguna limitación física, siendo que 2/100 son personas que todavía no se sabe específicamente que limitaciones tengan, ya que estas personas no han sido tratadas o con un seguimiento en su discapacidad.

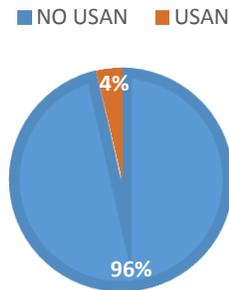
Grafica 2. *Indicadores de discapacidad.*



Fuente: INEGI, Censos y Conteos de Población y Vivienda. (2010)

En la gráfica 2, muestra que 209,306/3,000,000 son personas que les cuenta mucho poner atención o aprender diversas actividades, mientras que 229,029/3,000,000 son personas que se le tienen que atender su cuidado personal, ya que no tienen la capacidad de hacerlo ellos mismos, por otro lado los 401,534/3,000,000 son aquellas personas que tienen dificultad en hablar o comunicarse con la sociedad, mientras tanto los 448,873/3,000,000 son personas que cuentan con una discapacidad mental en donde sus familiares tienen que apoyarlos al 100% ya que por su discapacidad no son aptos de tomar decisiones, el 498,640/3,000,000 son personas que cuentan con la discapacidad de oír o escuchar, mientras que los 1,292,201 son aquellos que tienen una discapacidad visual bajo o alto son personas que se les tiene que guiar por el sentido del oído o la escritura Braille y por último los 2,437,397/3,000,000 son aquellas personas que no pueden caminar o moverse, debido a esto la cifras van actualizándose año con año ya que se suman más personas con forme va pasando el tiempo.

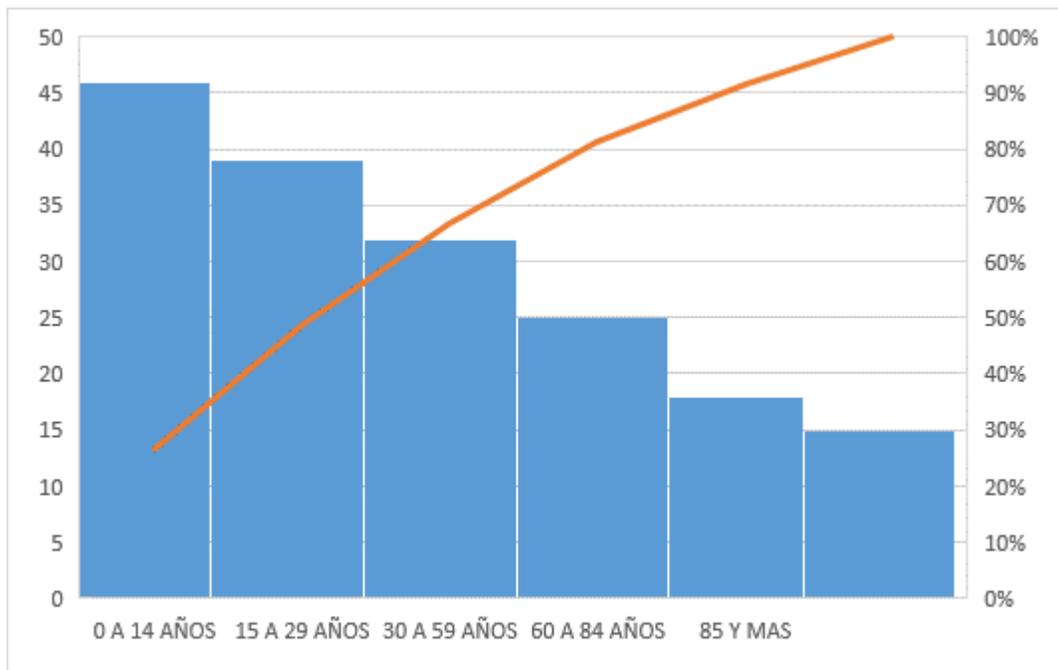
Grafica 3. *Personas de 65 años y más usan aparato auditivo.*



Fuente: INEGI, Censos y Conteos de Población y Vivienda. (2010)

En la gráfica 3, nos muestra que 96/100 las personas no usan aparatos auditivos, ya que 4/100 son las que usan aparatos auditivos con forme a la investigación que hizo la INEGI, Censos y Conteos de Población y Vivienda.

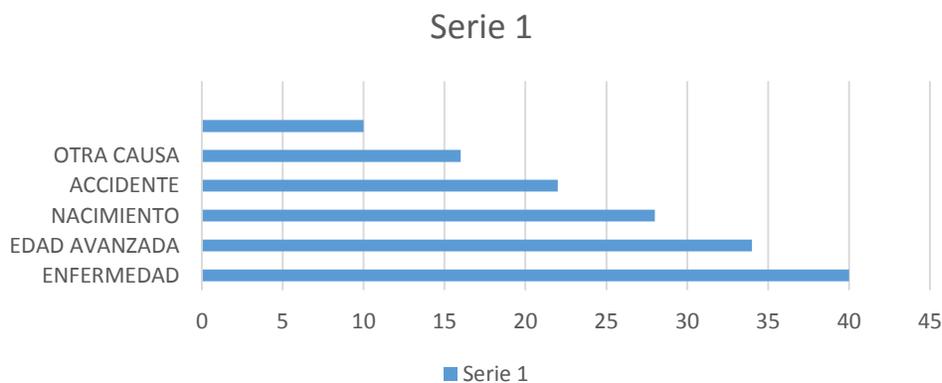
Grafica 4. *Personas de cada cien, tiene alguna limitación en la actividad.*



Fuente: INEGI, Censos y Conteos de Población y Vivienda. (2010)

En la gráfica 4, muestra que en diferentes rangos de edades existen personas con alguna limitación en actividad como por ejemplo: el rango que nos muestra la gráfica de 0 a 4 años son niños 45/100 es más propenso que nazcan con limitaciones en la actividad, mientras el rango de 15 a 29 años existe una combinación entre adolescentes y jóvenes que 38/100 sufren con limitación en la actividad, el rango de edad que sigue son de 30 a 59 años también con una combinación entre jóvenes y adultos y que 64/100 son personas que sufren de limitaciones en la actividad, el siguiente rango de edad es de 60 a 84 años de edad, mostrando que la combinación entre adultos y la tercera edad forman parte de la limitación en la actividad por ello el 25/100 están en este rango, mientras que el rango de edad más crítica que es de 85 y más, en donde 17/100 sufren esta discapacidad, este último rango de la gráfica ciertas personas de la tercera edad han llegado a esta edad debido a que la calidad de vida que le han dado ha sido de la mejor manera.

Grafica 5: *Personas de cada cien con limitación en la actividad.*

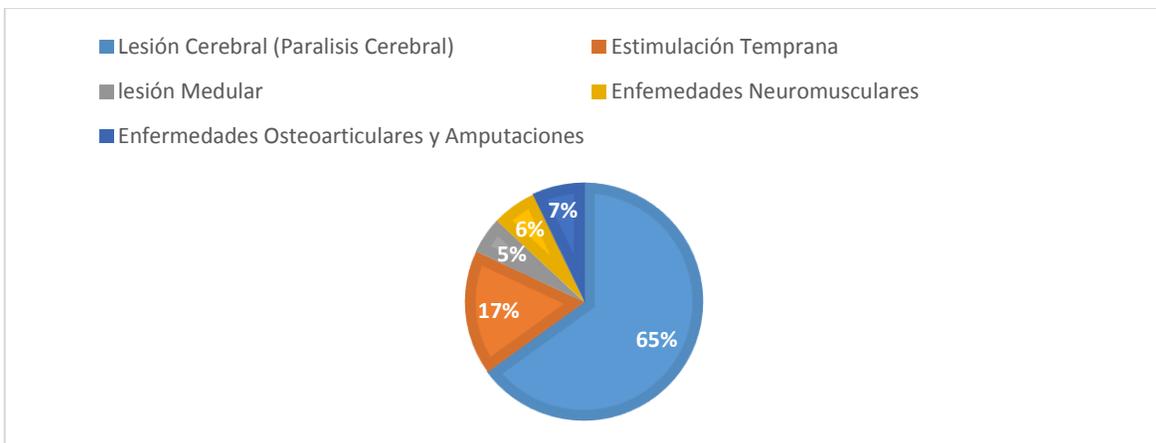


Fuente: INEGI. Censos y conteos de población y vivienda (2010)

En la gráfica 5 se muestra que 40/100 personas tienen una discapacidad como consecuencia de una enfermedad, 34/100 la padece debido a la edad avanzada, mientras que 28/100 la tiene debido a algún problema durante el nacimiento. Estas cifras son importantes porque permite tener conciencia que la atención que se le brinda a una persona con discapacidad tiene que ser integral, para favorecer un ambiente que le permita desarrollar su autonomía, su inserción a la sociedad, a las comunidades escolares sin descuidar su estado de salud.

Estas cifras son importantes debido a que se lleva un control adecuado para saber los niveles en diferentes áreas respecto a las diferentes discapacidades que existen en el país, ya que con esto podemos contabilizar a las personas y tener los verdaderos porcentajes hoy en día en nuestro país.

Grafica 6: Población actual atendida en el Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón CRIT Guerrero.



Según un censo del Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón (CRIT Guerrero), para el mes de agosto del 2018, se atienden 565 familias. De las antes mencionadas, el 65% tiene un integrante con una lesión cerebral (parálisis cerebral), el 17% acude a estimulación temprana, el 5% acude por una lesión medular, el 6% por enfermedades neuromusculares y el 7% restante por enfermedades osteoarticulares y amputaciones.

CAPÍTULO 2.

ATENCIÓN EMOCIONAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

2.1. ¿Qué es la atención emocional para una persona con discapacidad?

2.1.1. Emociones

Lawler (1999) define las emociones como un breve periodo de evaluación ya sea positivo o negativo, que se complementan con elementos fisiológicos, neuronales y cognitivos. Brody (1999) las define como un sistema motivacional y coincide en que las emociones incluyen el aspecto fisiológico y cognitivos añadiendo el conductual y la experiencia (en Bericat, 2012).

De acuerdo con Moretin Gutiérrez, (2013) las emociones pueden determinar su utilidad y beneficio con base en tres principales funciones:

Función adaptativa: nos permite adaptarnos al entorno, a las situaciones y preparar a nuestro organismo para actuar de alguna manera.

Función social: gracias a las emociones, comunicamos a los demás nuestro estado de ánimo (para que las personas de nuestro alrededor sepan cómo nos sentimos y actúen en consecuencia) y nosotros comprendemos el estado emocional de los demás.

Función motivacional: facilitan las conductas motivadas mueven a la acción (por la reacción emocional que provocan) (p.02)

Existen dos categorías de tipos emociones en la primera se distinguen las emociones positivas y negativas y la segunda se hace la diferenciación entre las emociones básicas y las emociones secundarias (Moretin Gutiérrez, 2013).

Las emociones básicas son aquellas que se desarrollan en los primeros meses de vida de la persona, estas cumplen una función adaptativa y están presentes en todas las personas, dentro de esta clasificación podemos encontrar las siguientes emociones: sorpresa, asco, alegría, miedo, ira y tristeza. Mientras que las emociones secundarias cumplen con funciones de mayor complejidad

y surgen por lo regular a partir de los dos o tres años, siendo una consecuencia del desarrollo cognitivo, dentro de este grupo de emociones podemos encontrar las siguientes: envidia, orgullo, culpa, vergüenza entre otras (Moretin Gutiérrez, 2013).

2.1.2. La relación de la inteligencia con las emociones

En años anteriores se creía que la inteligencia y las emociones no tenían conexión entre sí, incluso estas no se consideraban un tópico apto para su estudio científico, el estudio de la inteligencia se centraba únicamente en capacidades cognitivas clásicas (pensar, razonar, analizar, deducir, etcétera), sólo se enfocaba en el pensamiento abstracto y teórico (Moretin Gutiérrez, 2013).

Partiendo de este punto de vista clásico, el coeficiente intelectual (CI) ha logrado una clara hegemonía, por lo general en este sistema se diferencian dos tipos de habilidades: lógico-matemáticas y lingüístico-verbales. Desde esta perspectiva se determina si la gente es inteligente o no. A pesar de ello, se ha logrado confirmar que estas habilidades no son las únicas importantes. Inclusive se ha determinado que tener un alto coeficiente intelectual sólo podría garantizar el éxito académico, pero esto no está tan relacionado como se creía con el éxito en la vida personal y profesional, ni la plena adaptación en un contexto social (Medina C., 2004).

En 1983 el psicólogo estadounidense Howard Gardner definió la inteligencia como la habilidad de resolver un problema o la habilidad de producir algo de utilidad para más de un ámbito. Afirmando que la inteligencia depende del contexto. En su teoría no cuestiona la existencia de una inteligencia general, sino que adiciona otros tipos de inteligencia que no se evalúan dentro

del coeficiente intelectual, publicando ocho tipos de inteligencia que se describen a continuación (en Ernest-Slavit, 2001).

- a) Inteligencia verbal o lingüística: es la habilidad de escritura, lectura y comunicación verbal.
- b) Inteligencia lógico-matemática: es la habilidad de razonar y calcular, pensamiento lógico y sistémico.
- c) Inteligencia espacial: es la habilidad de comprender y poder expresar las imágenes y los espacios.
- d) Inteligencia musical: es la habilidad que engloba la creación, interpretación y composición musical.
- e) Inteligencia física-kinestésica: es la habilidad de resolver problemas a través del uso del cuerpo humano, lenguaje corporal.
- f) Inteligencia interpersonal: es la habilidad que permite la relación con otras personas, la empatía y comprensión.
- g) Inteligencia intrapersonal: es la habilidad que permite el autoconocimiento y flexión de uno mismo.
- h) Inteligencia naturalista: la capacidad de reconocer la flora y la fauna, de comprender y entender el entorno natural.

2.1.3. La conjunción hecha concepto: “Inteligencia emocional” y su desarrollo en la discapacidad

Goleman en 1995 define la inteligencia emocional como la capacidad del individuo para poder reconocer los sentimientos propios de los individuos que lo rodean, y del adecuado manejo de las relaciones. (Universidad Politecnica de Valencia, s.f.)Es imprescindible la separación de todas estas inteligencias con la inteligencia emocional (en adelante IE). Precisamente ese fue el

motivo por el cual surge este concepto. Introducido primero por Salovey y Mayer en 1990 y posteriormente con la definición brindada por Goleman en 1995.

La IE engloba cinco dimensiones:

- Actitud positiva: disposición o ánimo con el que enfrentamos una situación y que adoptamos para afrontar lo que venga de la forma más beneficiosa.
- Autoconciencia emocional: es la capacidad de ser consciente de los estados de ánimo y pensamientos a cerca del estado de ánimo.
- Autocontrol emocional: es la capacidad de manejar de forma adecuada las emociones.
- Competencia social: es la capacidad para poder mantener relaciones sanas con otras personas.
- Competencia para la vida y el bienestar: es la habilidad para sobrellevar y hacer frente a los desafíos y la capacidad de adoptar comportamientos apropiados y responsables. (Universidad Politecnica de Valencia, s.f.)

El aspecto emocional de las personas con discapacidad pasaba desapercibido hasta hace unos años, principalmente porque para el diagnóstico de estos espectros se basan en otras áreas como la cognitiva y racional, por ende, la intervención no va enfocada a las emociones de las personas con discapacidad. Sin embargo, estas habilidades emocionales son primordiales para el desarrollo de otras habilidades como las sociales e interpersonal. (Moretin Gutiérrez, 2013)

Por lo regular las personas con discapacidad presentan dificultades para expresar sus emociones y sentimientos, llevándolos a estados constantes de frustración, llanto o rabietas. He ahí la importancia de que aprendan a desarrollar estas habilidades para poder externar sus necesidades, comunicarse con los otros y poder buscar posibles soluciones a las problemáticas que enfrentan.

Para poder promover la inteligencia emocional en las personas con discapacidad es importante la participación de la familia, escuela, el proceso de socialización y la culturalización ambiental. Destacando la importancia de la familia y la escuela, debido a que la familia es el círculo primario de apoyo de cualquier individuo, por eso es fundamental para poder lograr mejoras en las habilidades emocionales y cognitivas, mientras a través de la escuela se puede promover la socialización del individuo y de esta manera desarrollar dichas habilidades (Ródenas Rios, 2017).

Tabla1.

Aspectos emocionales que se pueden reforzar en familia y en la escuela

En familia	En la escuela
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar habilidades emocionales básicas. • Aumentar su sentimiento de seguridad. • Aumentar su auto-concepto. • Adquirir normas de comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir estrategias de expresión emocional • Comprender las diferentes emociones • Potenciar la vivencia de experiencias sociales • Conocer estrategias de autorregulación conductual y emocional

Fuente: Ródenas Rios, 2017

2.2. Tipos de terapias y talleres para promover la inteligencia emocional en las personas con discapacidad

Como se mencionó anteriormente, el desarrollo de la inteligencia emocional es de vital importancia, para poder ayudar al desarrollo de esta inteligencia, para ello se han diseñado diferentes tipos de terapias como las que se muestran a continuación (Orozco Aranco, 2015).

2.2.1. La equino-terapia

¿En qué consiste?

Es un método terapéutico y educacional en que la principal herramienta de trabajo es el equino, es decir, le ayuda al individuo a ser más sociable, independiente y seguro, esta terapia busca el desarrollo biopsicosocial de las personas que presentan algún tipo de discapacidad.

Entre los beneficios se encuentra la mejora de la coordinación y el equilibrio, además tiene beneficios en personas con depresión, ansiedad, déficit de atención, problemas de conducta entre otros trastornos de este tipo. Ayuda a la formación de la confianza y a su desarrollo; las relaciones interpersonales, derivado de la confianza que se desarrolla con el caballo (Monroy, 2015)



Imagen 5. Equino-terapia Fuente: Tiempo: la noticia digital.

Beneficios psicológicos y emocionales

El papel de psicólogo es primordial en este tipo de terapia ya que es gracias a la entrevista inicial que se puede detectar las necesidades y determinar cuáles son los objetivos que se buscan alcanzar, además que puede asesorar a los instructores en casos que así lo requieran y hacer intervención en las situaciones que así lo ameriten (Monroy, 2015).

También es importante recalcar el papel del equino dentro de esta terapia ya que aunque es el terapeuta quien guía el proceso es el caballo la herramienta fundamental, el caballo es considerablemente más grande que el paciente sobre todo cuando se habla de infantes, conforme se va logrando control sobre el caballo se fortalece la sensación de “ser capaz” y esto a su vez mejora la autoestima.

Dentro de los beneficios del trabajo terapéutico con caballos se puede destacar el desarrollo de habilidades cognitivas, capacidad de autonomía y responsabilidad, ya que la equino-terapia propone un trabajo completo en el que se estimulan todos los sentidos, ya que se pone en contacto con otro cuerpo, colores, aromas, texturas y sonidos, diferentes a los que se encuentran en el entorno cotidiano del paciente. Cuando se asignan tareas de cuidado al alumno los hace sentir capaces de poder cuidar de alguien más aumentando su autoestima y a la vez genera sentido de la responsabilidad ya que ellos son quienes deben cuidar y preparar al equino para el ejercicio (Orozco Aranco, 2015).

Estos no son los únicos beneficios que se pueden obtener del trabajo con equinos, a continuación se desglosan algunos beneficios adicionales:

- **Construcción del esquema corporal:** El esquema corporal es de suma importancia para el desarrollo personal y a través del reconocimiento de las partes del cuerpo en el caballo

puede ayudar a generar analogías con las partes del cuerpo del paciente y de esta manera ir reconociéndolo y formando su propio esquema.

- Cambio de perspectiva y estimulación de los sentidos: Como ya se mencionó anteriormente el trabajo en un entorno diferente al que está acostumbrado el paciente contribuye a la estimulación de los sentidos.
- Mejora en lenguaje y habilidades sociales: A través del uso constante de la voz para brindar órdenes al caballo se mejora el lenguaje verbal y el constante contacto físico con el caballo puede mejorar a su vez el lenguaje corporal; esto a su vez mejora las habilidades sociales, entre ellas se encuentra la empatía la cooperación y la reacción ante diversas situaciones ayudando al control de la impulsividad, manejo de la frustración, la comunicación asertiva, respeto de las normas entre otras habilidades.
- Control y manejo del estrés, hiperactividad y conductas impulsivas: El movimiento del caballo puede ayudar al manejo de la hiperactividad y el estrés transmitiendo y equilibrando energía, por ejemplo, cuando el paciente presenta hiperactividad se buscan movimientos más largos y lentos para ayudar a controlar los niveles de excitación contrario a lo que se utiliza con persona con síntomas depresivos. La práctica de la espera por turnos, montar hasta estar calmados, realizar diversos ejercicios de respiración y generar conciencia del propio son propicias para el manejo de la impulsividad (Orozco Aranco, 2015).

¿Para qué tipo de discapacidad se recomienda?

- Esclerosis múltiple
- Síndrome de Down
- Autismo
- Parálisis Cerebral Infantil
- Distrofia muscular
- Traumas cerebrales
- Cuadriplejia (Red de Salud de Cuba, 2005)

2.2.2. Abrazo- terapia

¿En qué consiste?

El abrazo-terapia es una técnica de regulación física y afectiva, contemplando al abrazo no solo como un estímulo agradable, sino como un elemento de vital importancia, sobre todo durante la primera infancia. Y consiste en aplicar abrazos con la finalidad de curar y mantener la salud (Veizaga Sangüeza, 2017).

Un abrazo es la acción y efecto de abrazar, de estrechar entre los brazos y también de prender. Es dar con los brazos abiertos. Etimológicamente abrazar es estrechar, ceñir con los brazos. Otros sinónimos que podemos utilizar son apretón, achuchón, estrujón.

Abrazar se convierte a su vez en una forma e instrumento de comunicación no verbal, un lenguaje sin palabras que expresa y otorga un poder beneficioso no solo por parte de quien lo ofrece sino por quien lo reciben. El poder de un abrazo va más allá de poder de las palabras. Es instintivo y natural (Pérez Porto & Gardey, 2009).

La abrazo terapia, junto con la riso-terapia, arte-terapia, musicoterapia, etc. son prácticas que a raíz de la sensibilización humana son aplicadas en campo en determinados sectores, personas mayores, menores, discapacidad y campos como la salud, ya que éstas han demostrado un poder curativo y mejora del bienestar físico y emocional de las personas. Del mismo modo que el contacto físico provoca una mejoría en nuestros estados emocionales y físicos.

El hecho de sentir un abrazo, no sólo es agradable, sino se ha hecho una necesidad, por medio del abrazo no solo se recibe cariño, si no a su vez se reciben y se liberan energías y el sentir un abrazo, da la sensación de bienestar y satisfacción. Lo cual puede ayudar al paciente a tener esa seguridad que necesita.

Dentro de los beneficios del abrazo-terapia podemos encontrar los siguientes:

- Mejora la autoestima: Debido al sentimiento de apoyo que se siente mediante el abrazo.
- Reduce el estrés: por la secreción de oxitocina.
- Mejora el sistema inmunológico: debido a que aumentan la producción de glóbulos blancos.
- Disminuye la sensación de dolor.
- Mejora el estado de ánimo.
- Ayuda al sistema cardiovascular: Debido a que hay mayor secreción de oxitocina esto reduce la disminución de la presión arterial
- Mejora los vínculos afectivos (Angeles, 2015).



Imagen 6. Abrazo-terapia Fuente: Definición MX

Esta terapia no excluye a ningún tipo de discapacidad, al contrario, el abrazo terapia es una actividad en donde se maneja la energía, emociones, etc. Para poder escarbar y despertar las emociones de las personas que cuentan una discapacidad.

2.2.3. Arte-terapia

¿En qué consiste?

Desde tiempos inmemoriales el ser humano se ha comunicado a través de variadas y diversas formas, a través de gestos, movimientos, sonidos, imágenes, palabras, objetos y escritos (Medina C., 2004).

Las artes ofrecen valiosas alternativas de expresión, permitiéndole al creador/ intérprete sumergirse en su interior, dialogar consigo mismo y/ o con su público/ espectador. De este modo el creador puede reconocerse a sí mismo, identificarse, aceptarse, interactuar con su entorno, incluso dar nuevas formas y perspectivas a su existencia. Por una parte, el arte es una vía de expresión personal, a través de un amplio campo expresivo; y, además es una herramienta terapéutica, de servir a otros, valiéndose de estos mismos elementos, la amplitud expresiva y la capacidad de volcar desde el interior. (Medina C., 2004)

El arte terapia utiliza esta capacidad de reflejar, tanto su mundo interno como su entorno, para ayudar a explorar y resolver los conflictos emocionales o psicológicos de las personas. Carmen Medina (2004) describe los beneficios de la siguiente forma:

En arte terapia la producción de imágenes y objetos artísticos se utiliza para ayudar a restablecer la capacidad natural del individuo para relacionarse consigo mismo y con el mundo que le rodea de forma satisfactoria. Las imágenes y objetos artísticos creados en un entorno seguro y en presencia del arte terapeuta posibilitan la exploración, expresión, contención, y resolución de emociones conflictivas. (p.16)

Al arte-terapeuta trabaja en conjunto con el paciente/ alumno, en un rol de conductor/ facilitador, dando significados a las imágenes: sus formas, colores, espacios, a los elementos plásticos en general, dentro del contexto emocional del paciente y sirviendo al proceso de extroversión, de hacer consciente, de ver y encontrar una visión personal que haga sentido en su paciente.

Es necesario resaltar que el gran ingrediente adicional que le cabe al terapeuta es la responsabilidad por el alumno o por el paciente, que se traduce también en el respeto hacia su individualidad y proceso personales.

La finalidad del arte terapia está dada en el proceso, desde el contacto personal, pasando por la resonancia corporal, movimiento gestual corporal, por plasmar a través de técnicas y materiales plásticos diversos, hacia un objeto o resultado, diferente del creador, que expresa de éste y tiene significado.

Por este motivo se dice que, en Arte Terapia es más importante el proceso terapéutico, que la obra desde un punto de vista estético. (Medina C., 2004)

El arte terapia nos ayudara a que el cliente o paciente exprese sus emociones, sentimientos, por medio de pinturas, lienzos o cualquier material que pueda usarse como un arte. Esto nos ayudara a descubrir en el paciente lo que no nos ha manifestado y puede ser un gran puente de comunicación entre cliente y terapeuta.



Imagen 7. Arte-terapia Fuente: El Semanario

2.2.4. Musicoterapia para socializar y relajar

¿En qué consiste?

La terapia a través de la música forma parte de las terapias creativas Poch (2001), la Federación Mundial de Musicoterapia (1996) define la musicoterapia como la utilización de la música y sus elementos por el terapeuta, a través de un proceso diseñado para promover la comunicación, relación, aprendizaje, movilización, expresión, organización entre otros beneficios importantes para el paciente y tiene como finalidad satisfacer las necesidades físicas, mentales, emocionales sociales y cognitivas del paciente, para así poder desarrollar su potencial y/o ayudar a subsanar funciones del individuo y de esta manera pueda lograr integrarse tanto al aspecto inter como intrapersonal logrando una mejor calidad de vida (Pascual Toca, s.f).

Existen técnicas que con el paso del tiempo pierden actualidad, decrece su interés, no así con la Musicoterapia, cuya expansión aumenta de día en día y se la considera en los Estados Unidos de América como una de las profesiones con futuro, porque responde a la crisis existente, en nuestra sociedad, en el área de la vida emocional del ser humano y por ende en la educación emocional de nuestros niños y adolescentes (Poch B., 2001).

La musicoterapia ayuda a mejorar las relaciones interpersonales debido a que es una de las técnicas más sociales de todas las artes, además crea un sentimiento y clima emocional grupal inducido por escuchar los diferentes sonidos. Para lograr esa conexión es necesario el conocimiento propio, mismo que también se puede lograr con esta terapia a través del descubrimiento de las habilidades personales.

De igual manera promueve la liberación emocional, ya que la música y las actividades implementadas logran que las personas sean cada vez más hábiles para expresar y compartir sus sensaciones, emociones y conocimientos propios (Oneca Carreras, 2015).

Implementación: Suele tratarse de sesiones grupales en las que se emplea la música como estímulo para que las personas mayores se entretengan, se socialicen y se relajen. De este modo, se consigue un aumento de la autoestima, de la comunicación con los compañeros y del interés por lo que le rodea. También se emplea como herramienta para activar la memoria, despertar las emociones e impulsar la creatividad.

Así lo ponen de manifiesto desde Adair, grupo residencial que organizan talleres de musicoterapia para sus residentes: "La musicoterapia ayuda a dinamizar a los mayores físicamente, gracias a la motivación que les produce el hecho de participar musicalmente de manera grupal. Les ayuda a estimular las habilidades cognitivas más deterioradas: memoria, atención y concentración, así como la orientación espacio-temporal y la expresión verbal". En el plano físico, los terapeutas la utilizan también para mejorar y mantener las funciones motoras, a través de ejercicios de movimiento y coordinación (Balance Sociosanitario de la Dependencia y la Discapacidad, 2012).

Una sesión de musicoterapia tiene los siguientes componentes:

- Presentación. Se canta el nombre de todos los participantes. El nombre es el que nos diferencia e individualiza, pero también nos vincula y socializa. Los compañeros lo han de reconocer y pronunciar.
- Se trabaja con el cuerpo y la voz. Para ello, se realizan muchos ejercicios de calentamiento que consisten básicamente en sensaciones musicales que, además de servir para aclimatarlos a las sesiones, propician la expresión verbal, corporal y la estimulación cognitiva y fortalecimiento de la autoestima.
- Se cantan canciones que trabajen las reminiscencias, los recuerdos y la orientación a la realidad.
- Se tocan instrumentos musicales. Seguidamente, en algunas ocasiones, se intenta realizar una improvisación musical fomentando la creatividad, imaginación y realización personal a través de los instrumentos de percusión menor (claves, maracas, pandereta, castañuelas, etc.), en donde se trabajará con el ritmo, el cuerpo y la voz haciendo posible la desinhibición y expresión constituyendo una vía de estimulación sensorial, física y mental.



Imagen 9. Musicoterapia. Fuente: Todos somos uno

- Bailar. Se pretende crear un momento lúdico y de distensión a través de pequeñas danzas compuestas de sencillos movimientos corporales.

En función del objetivo de cada sesión, se elegirá el tipo de música. Si se pretende generar emoción, las canciones del recuerdo son las idóneas; para estimular el movimiento, lo mejor son las melodías rítmicas (Balance Sociosanitario de la Dependencia y la Discapacidad, 2012).

La música puede ayudar a reducir o hasta desaparecer el dolor y aplacar la ansiedad ya que puede ser un gran relajante para el paciente, puede trabajarse en sesiones de manera grupal en la que se utiliza la música como estilo o bien en terapia individual en la técnica de imaginación o relajación. Esto puede conseguir el aumento de la autoestima, ayuda a tener una buena comunicación con los demás, también se utiliza para activar la memoria, despertar las emociones e impulsar la creatividad.

¿Para qué tipo de discapacidad se recomienda?

La musicoterapia ayuda en varias áreas del cerebro y también del cuerpo. Siendo así que las personas que cuenten con discapacidad Física, Psíquica, Intelectual, Mental y Sensorial, puede tener un resultado positivo con la musicoterapia.

2.3. Terapias físicas

2.3.1. Hidro-terapia

¿En qué consiste?

La hidroterapia constituye uno de los procedimientos curativos más antiguos de los que dispone la humanidad. Esta técnica consiste en el empleo de aguas a distinta temperatura para la prevención y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas. Por esta razón, está cobrando importancia en las residencias de mayores (Balance Socio-sanitario de la Dependencia y la Distancia, 2017).

El objetivo de trabajar en el medio acuático es conseguir mayor bienestar y autonomía y retrasar el proceso de envejecimiento, mediante el cuidado de las funciones fisiológicas, la prevención de la capacidad articular y muscular y la limitación corporal de la actividad. Y es que se ha comprobado que, en la tercera edad, el agua es el medio terapéutico con menos contraindicaciones y mayores beneficios tanto en el ámbito orgánico como psicológico (Balance Socio-sanitario de la Dependencia y la Distancia, 2017).

La hidro-terapia es uno de los procedimientos capaces de modificar el estado del organismo, haciéndola una actividad saludable para el paciente. Esta actividad cumple con ciertos fundamentos esenciales para tener un magnífico método de tratamiento o rehabilitación, además nos permite entender mucho mejor la acción que tiene el agua en este proceso, logrando así una calidad de vida para el paciente.

¿Para qué tipo de discapacidad se recomienda?

Para a todas aquellas personas que cuenten una discapacidad motriz y sensorial.



Imagen 8. Hidro-terapia Fuente: Deporte Saludable

2.3.2. Fisioterapia

¿En qué consiste?

Con este tipo de terapia se busca evitar, modificar, corregir o adaptar determinados factores que puede limitar al sujeto para que tenga un correcto funcionamiento o comportamiento, esto se busca alcanzar a través del uso tanto de medios físicos como de instrumentos especializados, con el objetivo de lograr la independencia del sujeto (García Ríos, 2009).

El objetivo principal de esta terapia como todas las anteriormente mencionadas es mejorar la calidad de vida de las personas toman estas terapias.

En la fisioterapia para lograrlo se trabaja en base a lo siguiente:

- Mejorar las condiciones del paciente para que pueda realizar sus actividades cotidianas
- Disminuir al máximo el dolor
- Mejorar las capacidades físicas del sujeto

- Mejorar el estado psicológico por medio de la promoción de actividades físicas e impulsarlos a la realización de diversos ejercicios.
- Mejorar posturas
- Siempre mantener informado al paciente sobre los avances o retrocesos que se vayan presentando. (Afinsyfacro , 2009)

CAPITULO 3.

EL IMPACTO EN LA FAMILIA CUANDO HAY UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD

3.1. La intimidad del hogar

La familia es un conjunto de personas que conviven en un lugar común llamado hogar, que se organizan por roles de padre, madre, hermanos, que pueden estar unidos por un vínculo consanguíneo o no, que poseen un modo de existencia social y económico comunes, y están aglutinados por sentimientos afectivos que los unen y los cohesionan.

La irrupción de un miembro con algún tipo de discapacidad en la familia provoca una serie de alteraciones en la dinámica de ésta, no sólo por lo inesperado e imprevisto del evento, sino por lo traumático que resulta para todos y cada uno de los integrantes de dicha familia, sobre todo a nivel emocional (Universidad de Guadalajara, 2015).

La discapacidad obliga al núcleo familiar a cambiar sus ritmos, sus itinerarios previstos, sus expectativas, sus desafíos, sus logros, sus ilusiones. De igual forma, cambia la rutina, pues desde ese momento se agrega una continua y profunda relación con diferentes médicos, especialistas, terapeutas, principalmente del campo de la medicina que estudia y trata la discapacidad específica del hijo. El camino que enfrenta la familia no es fácil, la mayoría de las veces puede estar lleno de sinsabores, desesperanza, dolor e incertidumbre, pero a la vez es una oportunidad para lograr la integración, la inclusión y la rehabilitación, sobre todo en el área social de la persona con discapacidad (Universidad de Guadalajara, 2015). Esta problemática a la que se enfrenta la familia se torna más compleja cuando la persona con discapacidad tiene hermanos, pues a menudo se cuestionan porque el cuidado y la atención de los padres versan alrededor de la persona con discapacidad, interpretándola como una desatención o falta de afecto, provocando la

mayoría de las veces, celos y hostilidad. En otras ocasiones, los hermanos llegan a tener sentimientos de culpa por haber tenido la suerte de "estar completos" bajo menoscabo del hermano con discapacidad, o también por los sentimientos hostiles que ellos saben no deben tener hacia este miembro de la familia.

Los hermanos de los niños con necesidades especiales pueden sufrir sintomatologías psicosomáticas; es decir, tener síntomas de alguna enfermedad sin una explicación médica. En algunas ocasiones, suelen tener un exceso de involucramiento con su hermano con discapacidad, esto es, toman responsabilidades que más bien corresponderían a los padres incluso, llegando a anular su propia vida. En otros casos, pueden experimentar vergüenza de que sus amigos y conocidos se enteren de que tienen un hermano con discapacidad, temiendo "al qué dirán", por lo que hacen lo impensable para evitar que los vean junto a él (Universidad de Guadalajara, 2015).

Sin minimizar los problemas comentados con anterioridad, las problemáticas a que se enfrentan los padres suelen ser mayores, tal vez porque se trata de dos individuos a los cuales se les han asignado roles diferentes en la dinámica familiar. Según las dificultades que pueden tener los padres pueden ser de dos tipos: primeras, situaciones de conflicto en el vínculo conyugal, y, segundas, situaciones de conflicto en el vínculo padres-hijo con discapacidad (Núñez, 2003).

Las situaciones de conflicto en el vínculo conyugal que pueden presentarse en una familia con un hijo con discapacidad son: que predomine el vínculo de padre sobre el de pareja, provocando un menoscabo del vínculo conyugal. Aquí las relaciones de los cónyuges se ven reducidas, la mayoría de las veces, en una proporción abrumadora. Debido a los requerimientos de atención especial que ocupa el hijo con discapacidad, las necesidades de la pareja (emocionales,

sexuales, etc.) pasan a segundo término. Puede existir un distanciamiento y una falta de comunicación en el matrimonio. Suelen presentarse los reproches o recriminaciones, ya sean manifiestos o encubiertos, sobre la supuesta culpabilidad de alguno de los progenitores, es decir, culpándose uno al otro de la discapacidad del hijo.

Los padres también pueden experimentar un sentimiento de soledad o de falta de reconocimiento por lo que están haciendo por el hijo con discapacidad. Otro de los inconvenientes es que la pareja puede aislarse de su comunidad, es decir, se genera una renuncia a las relaciones sociales mantenidas con anterioridad. A veces puede advertirse la falta de colaboración de alguno de los progenitores en terapias específicas, lo que provoca conflicto en el otro por la delegación que siente injusta, llevando a problemas de pareja. Quizá la mayor problemática que puede ocurrirle a una pareja con un hijo con discapacidad es el rompimiento de sus relaciones matrimoniales, ya sea por el abandono de uno de ellos (es el padre el que abandona con mayor frecuencia) o por la separación o el divorcio (Universidad de Guadalajara, 2015).

La pareja suele experimentar sentimientos ambivalentes y muy intensos, desde el primer momento en que se descubre la discapacidad: desconcierto, extrañamiento, inseguridad, desilusión, dolor, culpa, miedo, rechazo, rabia, etc. Estos sentimientos negativos pueden combinarse con otros positivos, anudándose en complejas interacciones: sentimientos de ternura, de amor y hasta orgullo hacia ese hijo; deseos de reparación y ansias de poner muchos esfuerzos para sacarlo adelante, dándole las mayores posibilidades; sentimientos de alegría y goce ante los logros obtenidos; sintiendo que se enfrentan a un desafío permanente. (Universidad de Guadalajara, 2015).

En muchas ocasiones, los padres de hijos con limitaciones sufren de inseguridad, desorientación, dudas y falta de confianza en el ejercicio de su rol de padres frente a este hijo diferente, esto, producto de la inexperiencia que conlleva convivir con alguien especial (Universidad de Guadalajara, 2015).

Algunos de los padres, al no tener a su alcance una solución para componer enteramente el problema de discapacidad del hijo quedan en una deuda perenne y la pagan estoicamente con sacrificios inagotables. Esto, a la larga, puede causar una dependencia total del hijo con discapacidad y convertirlo en una persona insatisfecha y demandante (Universidad de Guadalajara, 2015).

3.2. Un vínculo especial

Todo proceso de la familia comienza con la decisión de tener una vida en pareja hasta el momento de la llegada del primer hijo o hija; por lo que, para la mayoría de las personas, la llegada del bebé es un fenómeno inolvidable y muy importante, ya que consolida una nueva etapa para la vida de la pareja, es decir, se convierten en padres y madres. Sin embargo, cuándo éste bebé presenta algún tipo de discapacidad los padres pueden reaccionar de maneras distintas. Hardman (1996), señala que el nacimiento de un hijo con discapacidad altera a la familia como unidad social de diversas maneras; padres y hermanos reaccionan con decepción, enojo, depresión, culpa y confusión. El hecho se percibe como algo inesperado y extraño, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado. El reconocimiento de la discapacidad de un hijo tiene el potencial para amenazar violentamente la visión que tienen los padres sobre el desarrollo de sus hijos dentro del ciclo vital (De Marle y Le Roux, 2001).

Las reacciones que los padres que tienen un hijo (a) con discapacidad pueden variar, en las madres por lo regular la primera reacción es de shock, en especial cuando la noticia se da hasta el momento del nacimiento, posteriormente se puede presentar alegría, miedo, negación y asumir o no asumir la maternidad. En los padres o tutores se presenta miedo o alegría, con negación ante el conocimiento de la discapacidad del infante, y su interacción puede ser de apoyo o manera extrema abandonar a la madre y su hijo o hija (Ortega Silva, 2012).

Las reacciones de los padres de hijos (as) con discapacidad son diferentes, ya que esta depende de cuál es su rol (madre o padre). Las expectativas de los padres tienen una importante influencia en las reacciones ante la noticia de la discapacidad que presenta su hijo (a), lo que lleva a insertarse en un tema complejo pero fundamental para el entendimiento y comprensión del proceso de aceptación de tener un hijo con discapacidad, ya que, como mencionó Ingalls (1987), todos los padres tienen expectativas referentes a su hijo, por lo que es fácil de imaginar el profundo choque y desilusión que ellos experimentan ante la noticia de que su niño no sólo va a ser deficiente sino que ni siquiera va a ser autosuficiente.

Es un hecho que el tener un hijo o hija con discapacidad trae consigo una serie de implicaciones, lo cual, muchas veces, es manejado de manera negativa; no obstante, no se trata de etiquetar en “bueno” o en “malo” sino de analizar y conseguir comprender los fenómenos que suceden en el interior del núcleo familiar (Ortega Silva, Torres Velázquez, Reyes Luna, & Garrido Garduño, 2010).

3.3. El impacto económico en la familia con hijos con discapacidad

En un estudio llevado a cabo por científicos de la Universidad Nacional Autónoma de México (2012) se evaluaron diferentes aspectos que influyen en la dinámica familiar cuando existe una persona con discapacidad, entre estos el aspecto económico, se tomaron en cuenta familias nucleares y familias con un integrante con discapacidad, por lo general los niños con discapacidad requieren atención de diversos especialistas, esto implica un gasto superior al que por lo general se realiza en una familia en la cual no hay una persona con discapacidad, comúnmente esto representa un 15% extra de gastos familiares, en la mayoría de las ocasiones al no contar con el apoyo económico puede causar problemas de pareja (Ortega Silva, 2012).

3.4. El duelo en las familias

Se conoce como duelo al proceso de adaptación emocional que se produce en el ser humano ante cualquier situación de pérdida. Sea por la pérdida de un empleo, pérdida de una relación afectiva o la de un ser querido. Pero también se da en los casos de la pérdida de miembros del cuerpo. En el presente estudio se aborda el duelo en los casos de discapacidad, es decir, a la pérdida física de movimiento, o los dos miembros inferiores por evento traumático o enfermedad o por facultad incompleta en la psique. Al hablar de duelo se hace referencia al dolor que surge tras la pérdida de un “algo” en el que se ha depositado un valor. El duelo por el nacimiento de un hijo con discapacidad, produce un impacto que desencadena respuestas emocionales que tienen una repercusión psicológica en toda la familia.

Elaborar el proceso de duelo de manera eficaz permite a la familia y/o paciente, volver con su vida habitual, reconstruyendo su cotidianidad y utilizando su experiencia como una fortaleza para emprender nuevos retos con su hijo discapacitado, logrando así un bienestar físico, psíquico y social.

3.5. Etapas del duelo

La psiquiatra Elisabeth Kubler- Ross propone las siguientes 5 etapas de duelo:

La Negación: Es un mecanismo de defensa. Consiste en rechazar la realidad de la situación. Pretende amortiguar el dolor que no estamos preparados a soportar. En este momento, el mundo pierde sentido y nos abruma, nos invade un sentimiento de incredulidad.

- *Ira:* Al recapacitar sobre la realidad de la pérdida y su consecuente dolor, los sentimientos de enojo toman distinta intensidad durante el proceso de duelo. Aparece un sentimiento de ira dirigido hacia uno mismo o hacia otros, y aparece un sentimiento de culpa que nos hace sentir aún más enojados con frases como: ¿Por qué yo? ¿Por qué a mí? ¡Esto no es justo! y otras. Desahogar toda esa frustración ayuda a encontrar una cierta paz, aceptación. Realizar ejercicios de relajación, meditación o escribir sus sentimientos en una especie de diario, son recomendaciones para canalizar y calmar esas emociones abrumadoras.
- *Negociación:* Esta etapa puede ocurrir antes de la pérdida. El doliente busca hacer un trato con un ser superior para que su ser querido no tenga que padecer la pérdida de sus extremidades inferiores. Se ofrece algo a cambio de volver a la vida que se tenía antes de

ese momento doloroso. La intención de volver el tiempo atrás es un deseo frecuente evitar que el accidente o enfermedad sucediera.

- *Depresión:* En esta etapa el doliente comienza a comprender la certeza de los hechos y se aísla con su dolor. Siente tristeza, miedo e incertidumbre por el futuro. Surgen frases como: “extraño como era mi hijo(a), ¿y ahora qué va a pasar?” La depresión de este proceso de duelo es una respuesta normal a una gran pérdida, y las emociones de la depresión son el preámbulo para sanar.
- *Aceptación:* En esta etapa, buscamos reconciliarnos con nosotros mismos, hacer las paces con la realidad, con la pérdida, buscando alternativas que nos permitan seguir viviendo. El doliente llega a un acuerdo con este acontecimiento trágico gracias a la experiencia de la depresión. Esta etapa no significa que estamos de acuerdo con esta pérdida, sino que siempre será una parte de nuestra vida. Este proceso nos permite reflexionar sobre el sentido de la vida, así como lo que queremos de la vida a partir de ahora. La frase que resume la esencia de esta etapa es ‘Todo va a estar bien’.

3.6. El duelo en las distintas áreas de la vida humana

1. Dimensión física. Sequedad de boca o sensación de “vacío” en el estómago, alteraciones del hábito intestinal, opresión en el pecho, en la garganta, hipersensibilidad a los ruidos, disnea, palpitaciones, falta de energía, tensión muscular, inquietud, alteraciones del sueño, pérdida de apetito, pérdida de peso, mareos. El organismo humano es más vulnerable a enfermarse (sistema inmunológico).

2. Dimensión emocional. Sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia, añoranza y anhelo, cansancio existencia, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura, sentimiento de venganza.
3. Dimensión cognitiva. Dificultad para concentrarse, confusión, embotamiento mental, falta de interés por las cosas, ideas repetitivas, olvidos frecuentes.
4. Dimensión conductual. Aislamiento social, hiperactividad o inactividad, conductas de búsqueda, aumento del consumo de alcohol, tabaco y / o psicofármacos, llanto.
5. Dimensión social. Resentimiento hacia los demás, aislamiento social.
6. Dimensión espiritual. Se replantean las propias creencias, la idea de trascendencia. Se formulan preguntas sobre el sentido de la muerte, de la vida.

Debido a su dolor y disgusto puede ser que la persona no reconozca muchos de ellos o que no los sienta en el grado necesario.

Enfado: Este enfado es real y debe dirigirse a alguien, por lo general se vuelca en el contexto o en uno mismo. La mayoría de las veces no es útil tratar el tema del enfado directamente. Una técnica indirecta es utilizar la expresión moderada “Que hubiese pasado”, “¿Qué te hubiese gustado que hiciera?” y a continuación “¿Qué no te hubiese gustado?”. Otra palabra útil es “decepción” o “injusto”. Ayudarles a equilibrar los sentimientos negativos y positivos para que vean que unos no excluyen a los otros ni viceversa. Recordar sólo lo negativo puede ser una manera de evitar la tristeza que se experimenta. Admitir los sentimientos positivos es una parte necesaria.

Culpa: La mayoría de las veces es irracional.

- Culpa irracional: con la confrontación real “¿Y qué más hizo?”.
- Culpabilidad real: aceptar lo que se hizo y emociones que ese recuerdo produce.

Ansiedad e impotencia:

- Impotencia de pensar que no pueden continuar y sobrevivir solas. Ayudarles a reconocer las estrategias que usaban para funcionar.

Tristeza:

- Necesario darse permiso para llorar e identificar el significado de las lágrimas.
- El objetivo de esta tarea es experimentar el sentimiento, no sólo expresarlo.

3.7. Resiliencia en las familias

La resiliencia es un cambio positivo relacionada con la adaptación ante una situación adversa, esta situación se torna crucial dependiendo la importancia que se le otorgue y el contexto en el que este inmerso el sujeto.

Es importante destacar que no existe un concepto único de la resiliencia, más bien está aún en proceso de construcción por la cual sigue modificándose de acuerdo con la investigación en este tema.

Dentro de las investigaciones que se han ido realizando, se ha determinado que existen diferentes tipos de resiliencia, para este apartado en particular resulta importante la resiliencia familiar, la cual se define como la habilidad de una familia para responder de forma positiva a una situación que resulte adversa, esta emerge fortaleciendo a la familia, encontrando más recursos y logra la sensación de seguridad en la familia (Roque Hernández, 2009).

Aunque se puede hablar de la resiliencia familiar como el proceso grupal, en lo individual puede llegar a presentarse en diferente medida dependiendo el rol de cada integrante. En el padre los niveles de resiliencia tiende a ser mayores que los de la madre y los hermanos, esto está relacionado con la edad (tomando en cuenta que el padre sea el mayor en la relación) y el grado de implicación/distanciamiento del hijo con discapacidad. Incluso se puede decir que las madres al ser el principal cuidador de la persona con discapacidad son más vulnerables que todos los demás miembros de la familia. También es cierto que a mayor nivel académico la resiliencia es mayor, debido a la capacidad de comprensión y acceso a la información relacionada con la discapacidad (Ponce Espino & Torrecillas Martín, 2014).

3.8. Intervención psicológica en las familias

La presencia de un integrante con discapacidad en la familia se convierte un factor potencial que puede generar cambios en la dinámica familiar. A la par del diagnóstico del hijo (a) la familia comienza un largo proceso que implica altos niveles de estrés, por tal motivo es importante el apoyo profesional. Cuando se diagnostica a un bebé con una discapacidad, se detectan dos problemáticas: la discapacidad del bebé y la falta de preparación de la familia ante los futuros problemas y como ellos podrán superarlos.

El trabajo con familias con un miembro con discapacidad se ha vuelto prioritaria ya que ha habido un aumento en las necesidades de atención a personas dependientes y una disminución de la capacidad de atención familias, sin embargo la atención que se ofrece en un su mayoría es clínica, esto quiere decir que se enfoca principalmente en las cuestiones médicas-biológicas,

dejando de lado la importancia de la intervención psicológica y el impacto social que esta situación puede generar en los miembros de la familia (Guevara Benitez & González Soto, 2012).

Para comenzar el trabajo con este tipo de familias es importante reconocer el contexto en el cual se desarrolla la vida de la mayoría de las personas que integran el grupo familiar, el hecho de que llegue un integrante con discapacidad a la familia, provoca cambios en todos los miembros en lo individual y en conjunto. El abordaje del enfoque sistémico es el más utilizado en la actualidad para este tipo de intervención, tomando en cuenta todos los elementos y etapas que influyen en las familias y así realizar un trabajo completo (Fantova Azkoaga, 2002).

Dentro de los puntos importantes a considerar en la intervención son los siguientes:

- Principio de participación social: se valora a la familia como un espacio donde se puede encontrar respuestas a muchas de las necesidades sociales y para la prevención de situaciones problemáticas.
- Principio de normalización: ayuda a generar consciencia de la importancia de las imágenes y valoraciones sociales en los procesos que se desarrolla las personas tanto en lo personal como en lo colectivo.
- Principio de Integración: consiste en que no hay impedimentos para que las personas con discapacidad y su familia se puedan desarrollar de manera óptima en su comunidad.
- Principio de respeto y promoción de la diversidad o diferencia: se establece el derecho a la diferencia y como estos colectivos son portadores de valores, pautas de comportamiento y propuestas de gran valor.
- Principio de competencia: todos los individuos, grupos, comunidad es capaz de poder responder y atender sus necesidades. (Fantova Azkoaga, 2002)

3.9. Importancia de la inteligencia emocional en las personas con discapacidad

La inteligencia emocional es importante para las personas con discapacidad ya que con ella pueden afrontar de forma más efectiva los problemas, al ser una de las funciones principales de la inteligencia emocional el moldeamiento de la reacción a los retos, esto ayuda a evaluar la situación y poder asimilarla de mejor manera para posteriormente encontrar alguna forma de superarla.

Un correcto desarrollo de la inteligencia emocional puede ayudar a la persona a reconocer la frustración, encontrar la manera más conveniente para manejarla, reconocer las posibles soluciones ante determinada situación y distinguir cuando requiera solicitar ayuda, entre otros beneficios (Rosen, 2015).

CAPÍTULO 4.

PROPUESTA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN EMOCIONAL Y REHABILITACIÓN FÍSICA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIAS

4.1. Justificación

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica hecha por el INEGI, hasta 2014 habían 7.1 millones de mexicanos que presentan alguna discapacidad, casi la mitad de estas personas (47.3%) son adultas mayores (60 años o más) y 34.8% tienen entre 30 y 59 años. El número de mujeres con discapacidad asciende a 3.8 millones, mientras que 3.3 millones son varones. Si se considera la causa de la limitación, se reporta que el 43.5% de las mujeres mencionaron que se debe a una enfermedad y el 35.6% a su edad avanzada. Para el caso de los hombres, el 13.2% la discapacidad se originó por problemas en el nacimiento y un 11.9% está relacionado con accidentes. Esta desproporción entre hombres y mujeres probablemente se debe a la longevidad de éstas últimas y a la exposición a situaciones de riesgo por parte de los hombres.

De los jóvenes de 15 a 29 años de edad que tienen una discapacidad, el 44.5% se debe a un problema de nacimiento, mientras que el 39% a una enfermedad. Entre los adultos de 30 a 59 años, la principal casusa son las enfermedades.

Estas cifras indican que la edad y el sexo son factores importantes para explicar el origen, lo que implica la necesidad de desarrollar programas y servicios que den un tratamiento y seguimiento a estas personas (INEGI, 2014).

4.2. Introducción

El Centro de Atención Emocional y Rehabilitación física (CAERF) pretende dar un servicio integral, para que las personas con discapacidad aprendan a desarrollar sus habilidades emocionales, además de proporcionarles rehabilitación física y promover la autonomía, considerando en todo momento, el trabajo cercano con las familias.

El CAERF pretende dar seguimiento a los pacientes que rebasan los 17 años de edad para completar de manera integral su desarrollo autónomo, además de abrir una posibilidad de atención a personas que no cumplen con los criterios para ser admitidos en otros centros de atención especial. De esta manera se podría ampliar la cobertura de servicios de atención especializados dirigidos a personas con discapacidad.



Ilustración: Logotipo del CAERF

4.3. Objetivo General

Crear un centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física en el estado de Guerrero que brinde un servicio completo, disponible para las personas que tengan algún tipo de discapacidad. Esto, para apoyar en el desarrollo y fortalecimiento de su independencia, autonomía y aceptación, para favorecer la inclusión en los ámbitos social, laboral y familiar.

4.4. Objetivos Específicos

- Brindar atención emocional mediante psicoterapias. Trabajando específicamente en la corriente humanista.
- Garantizar el acompañamiento durante cada terapia, mediante la escucha activa, la empatía y la vocación de servir.
- Dar el servicio de rehabilitación física para el desarrollo de las habilidades psicomotrices y cognitivas del paciente.
- Crear un convenio de colaboración con el “Centro de Evaluación de Habilidades Laborales”, VALPAR¹, con la finalidad de colocar a nuestros pacientes en el mercado laboral inclusivo.

4.5. Misión

Brindar a los pacientes con alguna discapacidad y a su familia atención psicológica para lograr la aceptación de la discapacidad, prepararlos y fortalecerlos para una vida independiente,

¹ Es el Centro de evaluación de las habilidades y capacidades de adultos mayores y personas con discapacidad, coordinada por la STPS (Secretaría del Trabajo y Previsión Social)

además de la promoción de la no sobreprotección para permitir la libertad y desarrollo en los ámbitos personal, laboral y social.

4.6. Visión

Crear un Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física (CAERF) que sea una alternativa de atención para las personas con discapacidad en el estado de Guerrero.

4.7. Lema

Somos un gran equipo, trabajando a favor de la independencia de las personas con discapacidad.

4.8. Valores

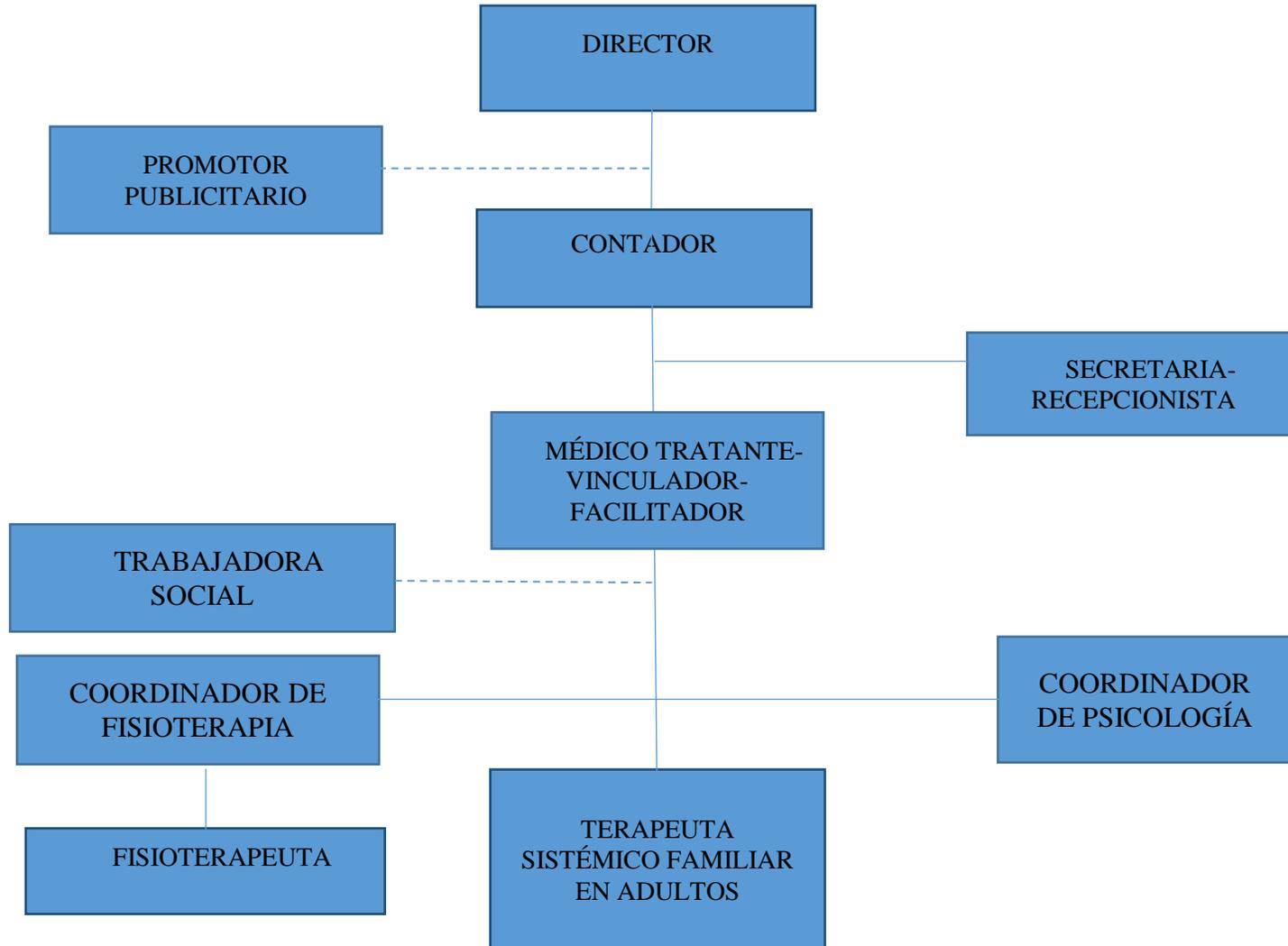
- Asistencia: Comprometidos a brindar apoyo psicológico para una mejor calidad de vida a personas con discapacidad y sus familias durante todo su proceso de tratamiento.
- Honestidad: Ser rectos y actuar de manera correcta en beneficio o a favor de las personas con discapacidad y sus familias.
- Calidad en la Atención y el Tratamiento: Proporcionar el servicio óptimo que merecen las personas con discapacidad y sus familias.
- Independencia en el Paciente: Trabajamos con las personas con discapacidad para lograr que tomen decisiones y realicen actividades por sí mismos.
- Respeto: Reconocer, aceptar, considerar y valorar la dignidad, derechos e integridad de las personas con discapacidad y sus familias.

- **Ética:** Aplicar los conocimientos adquiridos por cada uno de nuestros profesionales, así como trato humano y ético.
- **Paciencia al Paciente y a su Familia:** El Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física (CAERF) Tendrá esta virtud para lograr nuestros objetivos con éxito.
- **Puntualidad:** Esforzándonos para el inicio y fin de nuestras cesiones de manera puntual honrando nuestra palabra y compromiso con nuestros clientes / pacientes.
- **Empatía al Paciente y su Familia:** Ponernos en el lugar de nuestras personas con discapacidad y sus familias para lograr una mejor comprensión y poder brindar el apoyo que requieren.
- **Calidez al paciente y su Familia:** Le brindaremos atención respetuosa y amable a nuestros clientes/pacientes para su mayor comodidad.
- **Amor:** Brindaremos el amor a estas personas con discapacidad y su familia por medio de nuestra labor profesional.

4.9. Política de calidad

Estamos comprometidos a brindar nuestros servicios con calidad humana y ética profesional por el beneficio de las personas con discapacidad.

4.10. Organigrama del Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física



4.11. Análisis de Puestos

Para entender con mayor claridad el trabajo que desempeñaría el personal del Centro, es necesario describir sus funciones y algunas especificaciones (sueldo, riesgos, ubicación orgánica y física, etc.). Cabe aclarar que en este apartado sólo se describen las actividades del área de psicología, no obstante se tiene el análisis de puestos del resto del personal que se contempla en el organigrama en el anexo 7.²

Datos Generales

Nombre del puesto: Coordinador de Psicología.

Ubicación orgánica: Colaboradores del CAERF Director, Secretaria, Contador, Promotor publicitario, trabajadora social, recepcionista, Médico Tratante-Vinculador-Facilitador, coordinador de psicología.

Percepción mensual: 8,000.00 (ocho mil pesos)

Áreas que le reportan: Dirección, médico tratante-vinculador-facilitador.

Áreas a las que reporta: Dirección y médico tratante-vinculador-facilitador.

Habilidades

Funciones: Orientar y guiar al paciente a la familia o al paciente a lograr la aceptación de la discapacidad de manera emocional, ayudar al paciente a lograr la inclusión al campo laboral o educativo, siendo el primer contacto con las empresas y organismos gubernamentales en la obtención de becas para niños o jóvenes, en caso de que existan los programas de apoyo, coordinar y reportar mensualmente las actividades del psicólogo. Fungirá como intermediario entre el

² Anexo 2

usuario y el psicólogo en dado caso que existan inconformidades. Informar a las familias o en su defecto al paciente, respecto a los avances mensuales.

Experiencia: 3 años mínimo laborando en el área educativa o en trato con personas con discapacidad.

Otras Habilidades: Capacidad de comunicación, capacidad de generar empatía en grupos de trabajo, facilidad de lenguaje escrito y oral, saber detectar el objetivo real de la problemática, saber generar preguntas para establecer empatía entre los procesos de entrevista o atención al usuario. Capacidad de organizar el tiempo y diseñar programas de intervención.

Responsabilidades

Recursos Financieros: ninguno

Recurso Material: Papelería, material didáctico, inmueble de papelería, escritorio, área de recreación

Ambiente:

Ambiente Físico: aula cerrada con aire acondicionado y asientos aptos para terapia, aula dinámica para niños y adultos.

Riesgos Potenciales: Resistencia al tratamiento por parte de los pacientes y sus familias.

Datos Generales

Nombre del puesto: Psicólogo sistémico

Ubicación orgánica: Clínica A

Percepción mensual: \$5,000

Áreas que le reportan: coordinación de psicología y Médico Tratante-Vinculador-Facilitador

Áreas a las que reporta: coordinación de psicología y Médico Tratante-Vinculador-Facilitador

Habilidades

Conocimiento: trabajará la autoestima y auto-aceptación de la discapacidad, la inclusión escolar en el caso de los niños, y la vinculación familiar, comunicación, formulación de un plan de vida con objetivos a corto, mediano y largo plazo, trabaré el manejo de emociones con los pacientes y la familia. Aplicará las pruebas psicométricas pertinentes, aplicará la matriz de debilidades, oportunidades y amenazas, así como las necesidades plasmadas en un plan de tratamiento. Clasificará a qué patología pertenece, y qué soluciones puede emplear, analizará los factores de riesgo para las redes de apoyo, duelo, resiliencia, y adaptación al ambiente.

Experiencia: 2 años mínimo

Habilidades Técnicas: Debe saber emplear “la escucha” en los pacientes, de tal manera que surja la empatía y la comunicación plena, utilizar sus conocimientos y así evaluar las habilidades y comportamientos de los pacientes y ayudarse a identificar los obstáculos de cada paciente. Brindar asesoramiento, aconsejar a cada paciente y en determinado caso, asistir a visitas periódicas a sus hogares.

Enfoque tranquilo y profesional, investigación de las patologías de sus pacientes, habilidades de trabajo interdisciplinarias, respeto estricto de la confidencialidad de los usuarios, conocimiento de métodos científicos para dar solución a los que se le presente. Trabajar de

forma lógica y sistemática, objetiva y carente de prejuicios, capaz de relacionarse con personas de todas las edades y entornos diferentes y así generar confianza. Comprometido a transformar las vidas de los pacientes de una manera positiva, resistente y capaz de no verse superado por las dificultades y obstáculos de sus pacientes ni los suyos.

Responsabilidades

Recursos Financieros: Ninguno

Recurso Material: Papelería, material didáctico, inmueble de papelería, escritorio, área de recreación, sillón terapéutico para llevar a cabo la escucha.

Ambiente:

Ambiente Físico: aula cerrada con aire acondicionado y recursos tecnológicos, escritorio, sillas, archiveros para expedientes.

Riesgos Potenciales: Transferencia o contratransferencia, engancharse con el problema del paciente, dificultad para generar la distancia clínica requerida.

4.12. Procesos y Procedimientos

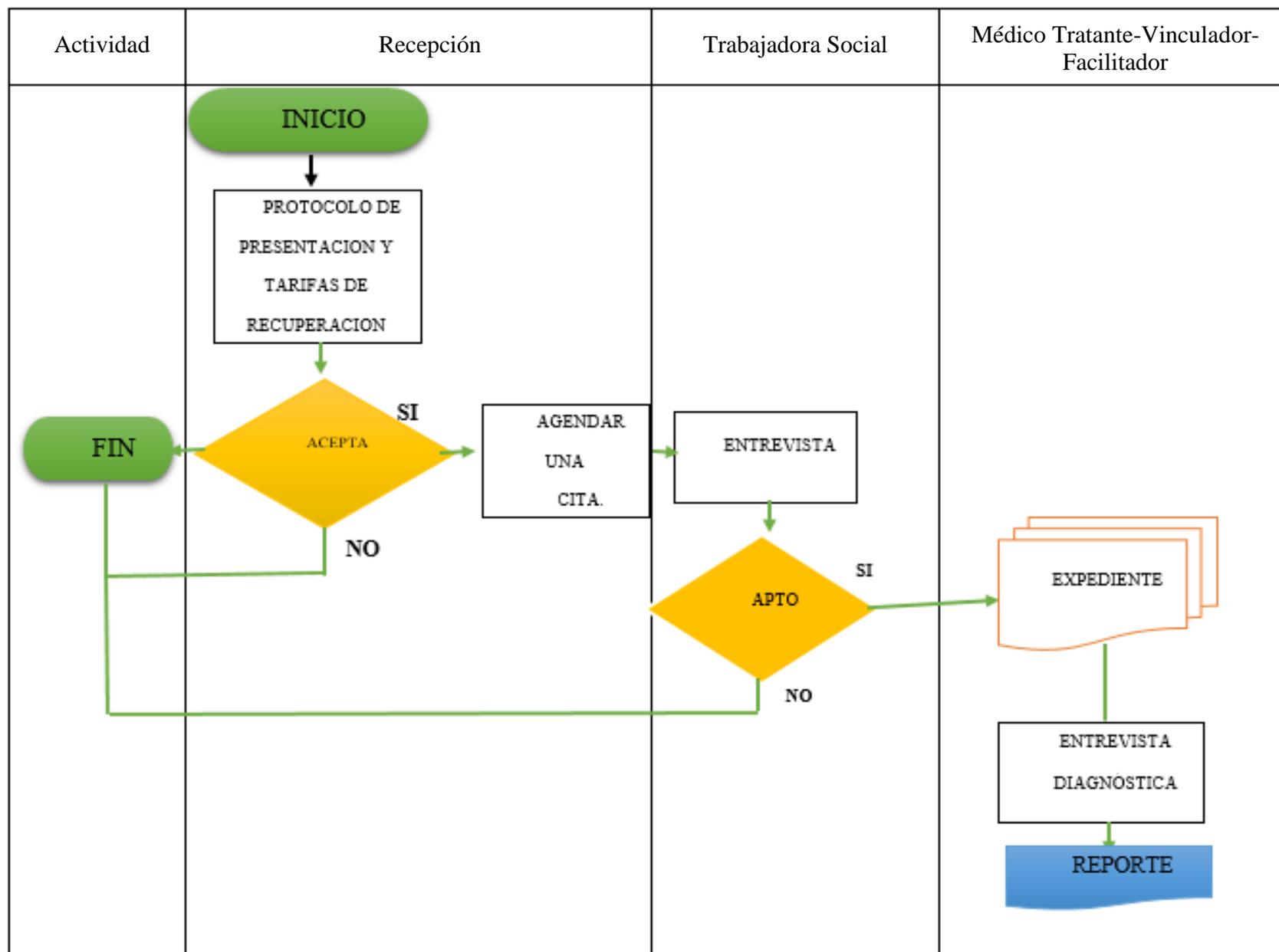
En este apartado se describirán los procesos y procedimientos que se llevarán a cabo dentro del Centro.

Proceso de seguimiento desde la recepción hasta el área psicoterapéutica. Se considera importante que se abarque de la siguiente manera para anteceder con fundamento la labor del psicoterapeuta.

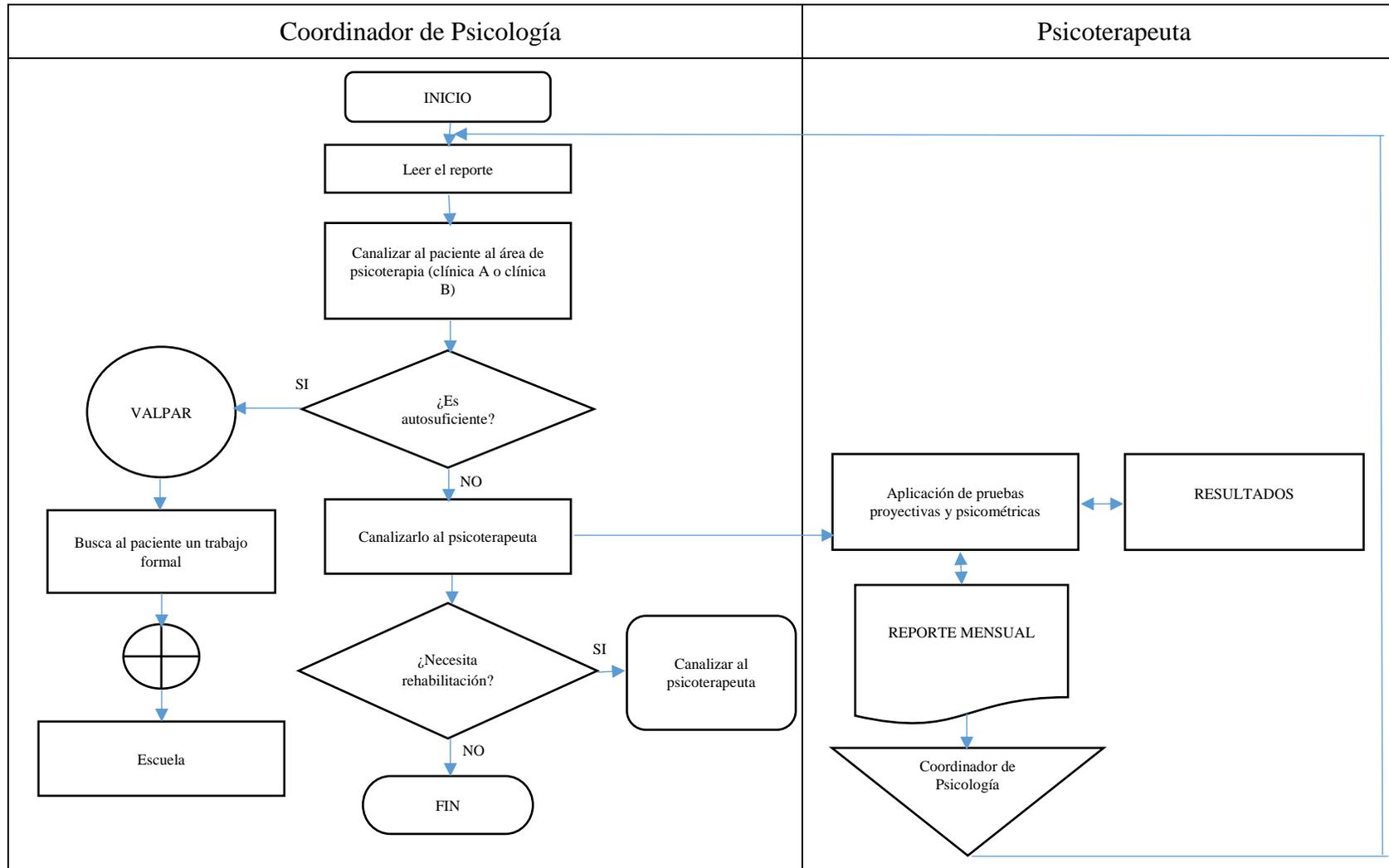
Área	Descripción del procedimiento
Recepción	La familia interesada llama por teléfono para concertar una cita, aprovecha para realizarle preguntas de la ficha de identificación, como nombre, edad, sexo, domicilio, teléfono, información de los padres o tutores, además del diagnóstico del paciente.
Trabajadora social	En la fecha y hora acordadas para la cita, se debe acudir con una carta de un hospital público o privado que refiera al paciente al Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física (CAERF). Debe incluir su diagnóstico, resumen médico, acta de nacimiento, comprobante de domicilio e INE de los padres o tutores. Durante ésta, se completará el estudio socioeconómico. Orientar, guiar, lograr la integración e inclusión, aceptación en la familia o en el paciente a lograr la aceptación de la discapacidad de manera emocional, ayudando al paciente a lograr la inclusión, al campo laboral o educativo, siendo el primer contacto con las empresas y organismos gubernamentales en la obtención de becas para niños, jóvenes y adultos en caso de que existan los programas de apoyos, coordinar y reportar mensualmente las actividades del psicólogo. Hacer la entrevista inicial al aspirante, fijar los objetivos del mismo, de acuerdo a las características de cada clínica de atención emocional o rehabilitación física, determinará si es apto al cumplir los requisitos que se le soliciten para su ingreso al centro. Abrir el expediente del paciente y canalizarlo al Médico Tratante-Vinculador-Facilitador. Visitas periódicas a los hogares de pacientes egresados del centro, llevar un control de seguimiento en casa bajo la autorización de los familiares, fungir como integradora al “VALPAR” con la finalidad de que el paciente aprenda un oficio o ingrese a un trabajo formal y, en el caso de los pacientes pequeños, asistencia a las escuelas que tengan programas inclusivos o en su defecto el C.A.M.
Médico Tratante-Vinculador-Facilitador	Para este paso, el Médico Tratante-Vinculador-Facilitador deberá realizar una consulta y designar a qué clínica se incorporará el paciente, clínica A para niños y adolescentes o clínica B para adultos. Habrá personas que necesiten terapia emocional y habrá otras que sólo rehabilitación física. En caso de requerir ambas, se efectuará un pago por paquete en donde la empresa sustentará una parte significativa de acuerdo al estudio socioeconómico.

<p>Coordinador de psicología</p>	<p>El coordinador se encargará de dar la bienvenida al paciente al área de psicología, leerá el reporte del Médico Tratante-Vinculador-Facilitador y emitirá al psicoterapeuta sus impresiones basadas en una entrevista inicial; será un vínculo con las empresas para buscar un trabajo apropiado para los pacientes que sean aptos. Esto último lo realizará con la afiliación y ayuda del VALPAR (Centro de evaluación de las habilidades y capacidades de adultos mayores y personas con discapacidad), quien en coordinación con la STPS (Secretaría del trabajo y previsión social) promoverá los distintivos de “Empresas Inclusivas” con la finalidad de que el C.A.E.R.F. (centro de atención emocional y rehabilitación física) sea beneficiado al colocar a sus pacientes adultos. En el caso de los menores promoverá en las escuelas la concientización y por medio de la SEP (Secretaría de Educación Pública), buscará la aceptación de al menos 2 menores en escuela regular, quienes su estado emocional y físico, se adapte fácilmente al ambiente. Así mismo, vigilará el buen trato del menor una vez dentro de la escuela regular y brindará pláticas de inclusión y concientización a los padres. Así mismo, para los menores que necesiten una escuela especial, buscará la entrada de los niños a los CAM (Centro de Atención Múltiple). Buscando así el bienestar de los pacientes y su inclusión en una sociedad diversa, con compromiso y disposición.</p>
<p>Psicoterapeuta</p>	<p>El psicoterapeuta realizará un análisis de los factores protectores (con qué o quienes cuenta el paciente o las familias), y los factores de riesgo (qué es lo que no tiene y necesita), verificará cuáles son las soluciones intentadas y mediará, cuáles deben seguir y cuáles no. Diseñará un “Plan de intervención” para el paciente con base en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La aceptación de la discapacidad -Resiliencia -Centralización de la discapacidad -Adaptación de los integrantes de la familia. <p>Así como también, por medio de las pruebas psicométricas y proyectivas emitirá un diagnóstico propio y resultados tanto al coordinador, como a los padres de familia. Estos serán mensuales y tendrá que buscar alternativas de mejora tanto para las familias como para el paciente con discapacidad. Habrá ocasiones en las que el psicólogo, deberá trabajar con el paciente y la familia la aceptación de la discapacidad, el duelo y la resiliencia. También mostrará que las posibilidades de que la vida sea completamente accesible en cualquier medio, se dan a partir del trabajo en el bienestar propio y de la familia cercana. Les ayudará a que descubran un objetivo personal por el cual luchar y trabajará en los estereotipos sociales que cada integrante de la familia tiene, con la finalidad de que tengan una mayor adaptación a la vida diaria como una unidad que desarrollará fortaleza.</p> <p>Promoverá la búsqueda de redes de apoyo para el paciente. Abordará temas como la sexualidad, el manejo de las emociones, los límites y reglas de acuerdo con las etapas del desarrollo. Estudiará las patologías de sus pacientes para proponer soluciones prácticas y viables para la familia.</p>

Flujograma sobre el proceso de recepción del paciente



Flujograma sobre el procedimiento que debe de seguir el área de psicología



4.13. Entrevistas por grupos de edad

Las entrevistas son otro recurso que el psicólogo deberá emplear, en el C.A.E.R.F. se emplearán dos tipos: entrevista clínica A (para menores de 4 a 17 años) y entrevista clínica B (para mayores de 18 años en adelante), mismas que serán empleadas junto con las pruebas psicológicas para realizar los diagnósticos correspondientes.

4.14. Pruebas

Las pruebas que se implementarán en la etapa del diagnóstico del psicoterapeuta son de dos tipos:

Proyectivas

- Este tipo de pruebas se caracteriza por atribuir los propios impulsos, sentimientos y afectos a otras personas del mundo exterior como un proceso defensivo que permite al paciente ignorar estos fenómenos “indeseables” en el mismo.

Psicométricas

La Psicometría es la ciencia cuyo objeto es medir los aspectos psicológicos de una persona, como son: el conocimiento, las habilidades, las capacidades, las actitudes o la personalidad. La Psicometría se encarga de los procesos para la medida de los aspectos "psicológicos" de una persona, tales como conocimiento, habilidades, capacidades, o personalidad. Las primeras pruebas psicométricas fueron construidas para medir la inteligencia. Las bases teóricas de la psicometría parten de la teoría de los tests y los métodos de elaboración de escalas.

En la siguiente tabla se muestra el tipo de entrevista y las posibles pruebas que se podrían emplear.

Resumen de pruebas para menores de 4 a 17 años

(CLÍNICA A) Menores de 4-17 años	Proyectivas	Test temático infantil
		Test de los cuentos de hadas
		Test de dibujo de dos figuras humanas
	Psicométricas	Test Matrices Progresivas de Raven avanzada.
		Test de la familia
		Test de Goodenough

4.14.1. Descripción de las pruebas

Pruebas proyectivas para niños: “Contenido”

1. Test temáticos infantiles: Creados respectivamente por Gerald Blum y Louis Corman, son pruebas temáticas específicas para la población infantil. Ambos se basan en imágenes de animales (Blacky es un perro y Pata Negra un cerdo) que sirven como estímulos para que los pequeños hablen de la visión de ellos mismos y de su familia.
2. Test de los cuentos de Hadas: Evaluación dinámica de los rasgos de la personalidad en niños así como de sus interacciones, de manera objetiva y psicométricamente fiable.
3. Test de dibujo de dos figuras humanas: Evaluación, de manera objetiva y precisa, de los aspectos madurativos y emocionales del niño.

Pruebas Psicométricas para niños “Contenido”

1. Test Matrices Progresivas de Raven: Mide la capacidad intelectual superior promedio. (niños con aptitudes sobresalientes)
2. Test de la familia: cuantificación y análisis de variables socioculturales y de estructura familiar.
3. Test de Goodenough (revisión, ampliación y actualización): Mide la madurez mental.

Resumen de pruebas para adultos de 18 años en adelante

(CLÍNICA B) Adultos de 18 años en adelante	Proyectivas	Test de Rorschach
		Técnicas asociativas
		Test de apercepción temática de Murray
	Psicométricas	Test de razonamiento.
		Prueba Cleaver
		Prueba Moss

Pruebas Proyectivas para adultos “Contenido”

4. Test de Rorschach: En el test de Rorschach la persona que evalúa presenta las láminas en un orden determinado a la que está siendo evaluada; en cada caso ésta debe contestar a la pregunta “¿Qué podría ser esto?” sin recibir ninguna indicación más. Posteriormente el evaluador vuelve a mostrarle cada imagen para descubrir qué aspectos de estas provocaron las respuestas.

5. Técnicas asociativas: La cual se presenta una lista de términos a los que la persona evaluada tiene que contestar con la primera palabra que se le ocurra.
6. Test de apercepción temática de Murray: Muestran escenas relacionadas con temas como la familia, el miedo, el sexo o la violencia a partir de las cuales el sujeto debe elaborar una historia que incluya un pasado, un presente y un futuro. El objetivo
7. es analizar las necesidades y presiones psicológicas de la persona evaluada.

Pruebas psicométricas para adultos “Contenido”

8. Test de razonamiento: Es conocido el Series numéricas que también es relacionado con los números, pero lleva a la persona a resolver incógnitas, vendría a medirse una resolución lateral de los problemas.
9. Cleaver: Permite conocer la visión entre persona-puesto (perfil del puesto – perfil de la persona), aportando criterios de probables reacciones bajo condiciones laborales normales y condiciones con alta presión.
10. Moss: Mide la adaptabilidad social con el objetivo de conocer el comportamiento de una persona, cuál es su habilidad de supervisión, sentido común, toma de decisiones y comportamiento con las personas a su cargo.

4.15. Catálogo de actividades para trabajar con las personas con discapacidad y sus familias

El catálogo de actividades está presentado en dos grupos con categorías iguales, sin embargo, cada actividad perteneciente a cada grupo distinto, fue adaptada para trabajarse de manera grupal o individual, dependiendo de la necesidad del caso. Las dinámicas de sensibilización tienen como finalidad generar la empatía a través de las vivencias de cada una de las discapacidades y que conlleve la expresión de los participantes, de manera que exista comprensión, resiliencia y relación fraternal con el objetivo de alcanzar la aceptación.

Con la finalidad de que por medio del trabajo colectivo, se dé a conocer el esfuerzo del paciente como medio de sensibilización para cada miembro de la familia, de tal manera, que como objetivo general resulte una red de apoyo entre familiares y amigos para motivar al usuario a alcanzar una mejor calidad de vida.

“ACTIVIDADES PARA LOS PACIENTES”



ACTIVIDADES PARA PACIENTES

“Aceptación” (Paciente)

Nombre de la Actividad: “Campeones”

Objetivo que persigue: Fomentar en las personas con discapacidad la auto-aceptación a través de revisar casos de éxito de personas con dificultades similares a la suya.

Para cuantos participantes: Únicamente para pacientes que lo requieran.

Tiempo estimado: 30 minutos

Materiales:

- Cartulina
- Fotografías de personas con discapacidad y que han llegado a ser exitosos en la actualidad
- Tijeras
- Resistol
- Textos de motivación

Desarrollo: La lámina de “Campeones” incluye fotografías de los siguientes personajes: Adriana Macías, Escritora y Motivadora con Discapacidad Física; Benjamín Franklin, Genio; Stephen Hawking, Genio con Discapacidad Física; Andrea Bocelli, Tenor con Discapacidad Visual; Oscar Pistorius, Atleta Campeón Olímpico con Discapacidad Física; David Fierro, Joven Pintor con autismo; Pablo Pineda, Joven Actor con Síndrome de Down. Presentar la lámina al paciente y el facilitador preguntará cuáles son las diferencias entre cada uno de ellos. Se realizará una reflexión enfatizando que la discapacidad no es un obstáculo para triunfar, y que la clave es creer en sí mismos. El facilitador concluirá analizando las dificultades del paciente y guiándolo a descubrir una solución para dicha situación, enseñándole que cada persona tiene luchas, resaltando las potencialidades de cada uno, por tal motivo el alcanzar sus objetivos no es ninguna fantasía.



Autoestima” (Paciente)

Nombre de la Actividad: “Apreciando mi cuerpo”

Objetivo que persigue: Trabajar la autoestima en el ámbito personal para desarrollar el autoamor.

Para cuantos participantes: Únicamente para pacientes que lo requieran.

Tiempo estimado: 35 minutos

Materiales: Hojas blancas, fotografía personal.

Desarrollo:

El facilitador pide de una hoja blanca se pegue la fotografía de la persona. Se invita al paciente a identificar las partes principales del cuerpo y tendrá que decir, por ejemplo: “Yo aprecio mis manos, porque me permiten saludar y acariciar”, sucesivamente con las demás partes del cuerpo.

NOTA 1: las partes que conlleven cierta limitación, se inducirá al paciente a apreciar de manera positiva su condición, enseñando así al paciente a mirar cuerpo con agrado y aceptación.

NOTA 2: Si el paciente no percibe de manera positiva su condición se le inducirá a que escriba una carta con amor y aceptación a esa parte de su cuerpo, por ejemplo: Querida mano, hola pie, mi corazón (etc), te acepto tal y como eres, debido a las circunstancias nuestro presente ha sido modificado, pero he aprendido a vivir de esta forma contigo y me siento muy feliz....>



“Duelo” (Paciente)

Nombre de la Actividad: “Bienvenido a Holanda”

Objetivo que persigue: Inducir al duelo a los padres y a las personas que han cruzado por situaciones adversas que han tenido consecuencias inesperadas.

Para pacientes y numero de familiares que la integran

Tiempo estimado: 30 minutos

Materiales:

-Computadora

-Proyector

-Aula cerrada

-Asientos

Desarrollo: El facilitador de la actividad trabajará directamente con los padres de familia y pacientes en una sala cerrada y hará ejercicios de respiración antes de comenzar, una vez que están relajados, se les invitará a reflexionar acerca de los que esperaban de su hijo(a) y como es su situación actual. Una vez que se formó un escenario de confianza y apertura, el facilitador introducirá a los padres al video “Bienvenido a Holanda”, una vez terminando de ver el video, ellos deberán escribir una carta de despedida al hijo que tanto añoraron antes y trabajar mediante terapia, la aceptación de su hijo(a).

ACTIVIDADES PARA LAS FAMILIAS

Resiliencia (Familia)

Nombre de la Actividad: “Carrera de tres piernas”

Objetivo que persigue: Resaltar la importancia de ayudar a un compañero a aceptar y abatir las dificultades y experimentar la sensación de estar en el lugar de una persona con discapacidad.

Para cuantos participantes: Dependiendo el número de familiares que existan dentro de la familia.

Tiempo estimado: 30 minutos

Materiales:

- Cordones, pañuelo o tela para amarrar las piernas de los participantes.
- Cuerda o cinta.

Desarrollo: Dividir a todos los participantes en parejas. Marcar una línea de partida y una meta con cinta o cuerda. Formar parejas y atar la pierna derecha a la pierna izquierda de modo que la pareja se encuentre en la misma dirección y se tenga tres piernas. Asegurarse de que nada quede colgado y no lo ate muy apretado. Ubicar a las parejas tras la línea de partida. Comunicar a los corredores que deben permanecer atados y las "tres" piernas deben ser utilizadas. Dar la señal para comenzar la carrera.

Una vez concluida la carrera, el facilitador debe preguntar a los participantes cómo se sintieron, si fue difícil el juego. Establecer que todos tenemos dificultades para hacer cosas y la importancia de ayudar a los demás cuando lo necesitan. Se pueden ir compartiendo situaciones para que los participantes generen ideas de cómo pueden ayudar en casos como:

- Si se cae y se lastima ¿Cómo tratarlo?
- Si ha olvidado el refrigerio ¿Cómo manejar la situación?, etcétera.

Cerrar con retroalimentación y ejercicios de respiración.

Como hábito para potenciar la resiliencia, se recomienda escribir a mano, sin autocensurarse, de modo que la escritura fluya libremente y dejemos brotar las palabras sin restringirlas con juicios de valor, pero con la única condición de que alcancemos a darle un sentido en nuestra vida a eso que nos ocurrió, ordenando nuestros pensamientos al respecto y gestionando las emociones surgidas a partir de ello. Después, puede releerse lo escrito o bien puedes deshacerte de ello sin más, pues lo importante es que has liberado esas palabras y les has dado otros significantes en tu historia personal.

Mirada comprensiva (Familia)

Nombre de la Actividad: Mirada comprensiva

Objetivo que persigue: Abordar el significado de la mirada comprensiva.

Para cuantos participantes: 25 personas

Tiempo estimado: 30 minutos

Materiales: Aula cerrada

Desarrollo: Explicar de manera grupal que mirarse de manera comprensiva es entender que las personas hacen lo que pueden hacer ante determinadas circunstancias y contextos, en muchas ocasiones las personas tendemos a culpabilizarnos por las acciones que realizamos, sin embargo es necesario darse cuenta que la manera en la que respondemos ante algunas situaciones, depende de lo que aprendimos en nuestras familias o porque no contamos con otros recursos de apoyo. La manera en la reaccionamos ante la discapacidad de un familiar depende de ese aprendizaje, de mis valores, creencias, desconocimiento o prejuicios, sin embargo en la medida en la que vamos aprendiendo más, podemos tener la oportunidad de cambiar esa manera de reaccionar.

Se invita a los participantes a conocer más acerca de la discapacidad del familiar y de qué manera pueden ser un punto de apoyo para ellos.

Se abre una ronda de preguntas y respuestas para que quede claro el término, se hace una retroalimentación grupal y se puede cerrar el tema con un ejercicio de respiración.



Los errores más comunes que se suelen cometer cuando nos dirigimos a una persona con discapacidad son los siguientes: Dirigirnos a otra persona y No a la persona con discapacidad, tomar a mal que se nieguen a recibir el apoyo, la sobreprotección, pensar que la discapacidad es una incapacidad. Para tratar de disminuir algunos de estos errores se proporcionan algunas sugerencias que pueden facilitar la convivencia con las personas con discapacidad

“Técnicas de convivencia” (sociedad)

- Habla directamente a la persona con discapacidad, no a su acompañante.
- Piensa que la discapacidad no es una incapacidad:
- No subestimes ni prejuzgues a las personas con discapacidad.
- Deja que ellas hagan por si mismas todo lo que puedan hacer.
- Pregunta antes de ayudar y no des por sentado que necesitan ayuda.
- Ofrece tu ayuda únicamente si la persona parece necesitarla.
- Que sean ellas las que te marquen el ritmo.
- Piensa que desean que se les trate como a iguales y evita el proteccionismo o el paternalismo.
- Antes de ayudar, pregunta sobre cómo puedes ayudar.
- Realiza la ayuda con naturalidad, sin exagerar.
- Ofrece tu ayuda para alcanzar o levantar objetos, abrir puertas o ventanas, utilizar máquinas expendedoras u otro tipo de equipos.
- En compañía de alguien que camina despacio o utiliza muletas, ajusta tu paso al suyo.
- Si desconoces el manejo de alguna ayuda técnica (silla de ruedas, andador, teclado especial...) pregunta al usuario acerca de cómo ayudarlo.
- Para hablar con una persona usuaria de silla de ruedas, siempre que sea posible, sitúate de frente y a su misma altura.
- Trátale de acuerdo con su edad, pero adaptándonos a su capacidad y recordando su condición de persona.
- Procura ser naturales, respetuoso y discreto al hablar a una persona con dificultades de comprensión.
- Ayúdale sólo en lo necesario, dejándole que se desenvuelva sola en el resto de las actividades.

- Exprésate utilizando un vocabulario sencillo y asegurándote de que te ha comprendido. La comunicación debe ser clara, sin ambigüedades y evitando confusiones.
- Respetar sus silencios y su espacio vital.
- En una conversación pueden responder lentamente, por lo que hay que darles tiempo para hacerlo. Procura ser paciente, flexible y muéstrales apoyo.
- Si tienes que explicarle algo, hazlo con instrucciones claras y concisas, acompañadas de modelos de acción (ejemplos, demostraciones, guiar con la mano, etc).
- Procura estar atento a sus repuestas, para que puedas adaptar la comunicación si fuera necesario.

“Otras sugerencias” (Familia)

Hablar de forma positiva. Si observamos nuestro lenguaje, tendemos a generalizar, a hablar con el NO por delante en nuestras frases, todo ello tiene un reflejo en nuestro inconsciente. Hablar en positivo hace que percibamos nuestro entorno como algo abierto y del que podemos obtener un aprendizaje continuo que nos impulse a mejorar en lo que hacemos, en cómo lo hacemos y en qué podemos hacer diferente. Arraigar el sentido de la esperanza. Si no pensamos que podemos cambiar y que se puede salir adelante de las situaciones difíciles, podemos limitar nuestra posibilidad de cambio.

- Adecuar nuestra postura y movimiento, a la hora de caminar y de establecer contacto con otras personas de forma que no nos atemorizemos, que no parezcamos inferiores a nosotros mismos ni a nuestros iguales. La forma de caminar que tengamos expresa el cómo nos sentimos; cambiemos el caminar y cambiaremos nuestros pensamientos.

Esta actividad es creación propia (Gabriela Oviedo Alcaraz)

4.16. Valoración final para los usuarios

Tanto el fisioterapeuta como el psicoterapeuta realizarán pruebas para confirmar la mejoría del paciente en los niveles y áreas pertinentes. En el segundo caso se aplicarán las pruebas de Figura Humana de Machover, Persona bajo la lluvia, Familia, Familia en movimiento, Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (IED) de Parkes y Weiss, Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D), Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), Escala de Autoestima (Reidl) y la Escala de Resiliencia (SR) de Waglid y Young.

4.17. Seguimiento de los usuarios

Realizará una consulta con el fisioterapeuta y el psicoterapeuta una vez al mes, esto incluye actividades de reforzamiento para solidificar la base de los temas emocionales tratados.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

El proyecto “Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física (CAERF)” tiene como prioridad el apoyar y atender el desarrollo de las emociones de las personas con discapacidad ya que sus frustraciones personales tienden a incrementar debido a la falta de motivación y expresión de éstas.

Las aportaciones de investigadores como Moretin Gutiérrez (2013), Goleman (1995), Orozco Aranco (2015), Monroy Veisaga Sangüeza (2015), Pérez Porto & Gardey (2009) y Medina C. (2004), fueron importantes para la constitución de esta propuesta.

En el centro se pretende trabajar la parte emocional de las personas con discapacidad para que estas puedan tener un mejor desarrollo en lo personal y en lo social, trabajando de manera individual desde la intrapersonal así como en el desarrollo social, empezando desde el círculo familiar, por ser este el grupo social primario de la persona con discapacidad, con el objetivo de alcanzar un buen desarrollo en otros círculos sociales como pueden ser: la escuela, el ámbito laboral, grupos de amigos, equipos de deporte adaptado entre otros.

Gracias a las aportaciones de los autores antes mencionados, hoy en día se sabe que realizar un buen trabajo con las emociones dan como resultado una gran aportación para el óptimo desempeño académico, reflexivo, analítico y toda aquella área relacionada con lo cognitivo. Es más que ya conocida la unión que existe entre la inteligencia y las emociones del ser humano, y que cuando se alcanza un buen desarrollo emocional, se puede tener fácilmente las habilidades para desempeñar las tareas diarias y rutinarias.

La rehabilitación física es el complemento perfecto para la rehabilitación emocional en las personas con discapacidad ya que la buena estimulación física eleva el autoestima y brinda seguridad (Balance Socio-sanitario de la Dependencia y la Distancia, 2017, García Ríos, 2009), además de proveer una mayor independencia para realizar tareas diarias y rutinarias, así como para el desplazamiento físico o geográfico que la persona con discapacidad desee realizar.

La llegada de un miembro con discapacidad provoca varias alteraciones en la dinámica familiar, no sólo por lo inesperado e imprevisto del evento, es decir, sus expectativas del bebé sano se derrumban (Universidad de Guadalajara, 2015, Núñez, 2003, Hardman, 1996, De Marle y Le Roux, 2001, Ortega Silva, 2012, Ingalls, 1987, Ortega Silva, Torres Velázquez, Reyes Luna & Garrido Garduño, 2010), también la parte económica se ve afectada por la asistencia médica que el pequeño requiere tales como el especialista, el terapeuta o fisioterapeuta, podría llegar a existir abandono de la familia, de alguno de los padres o bien la separación de estos.

Por tanto en el Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física (CAERF) se le otorgará la debida importancia al trabajar la sensibilización y comprensión con respecto a la discapacidad así como el duelo; las etapas del duelo, la resiliencia, la inclusión y la autoestima. Todo esto con el objetivo de que la discapacidad deje de ser vista como un problema, se convierta en una fortaleza y se creen nuevas oportunidad de vida, descubriendo que estas personas pueden adquirir habilidades diferentes alcanzando una misma meta; logrando su independencia total o parcial, pero para lograr todo esto el personal del Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física(CAERF) deberá disponer de forma teórica y práctica respecto a lo que llega a implicar la discapacidad, concientizándonos y así generar la empatía necesaria para trabajar con este tema de

forma integral, es decir, el paciente como familia logrando aceptar su realidad, soltando la expectativas del hijo deseado para aceptar al hijo o familiar con una discapacidad.

Algunas de las dificultades a los que pudieran enfrentarse las personas con discapacidad que reciban asistencia en el Centro de Atención Emocional y Rehabilitación Física (CAERF) pudiera ser el factor económico ya que en ocasiones algunos padres de familia o tutores de niños con discapacidad no pueden tener un empleo fijo o formal en donde perciban un ingreso económico lo suficientemente bueno debido al tiempo que dedican al hijo o hija con discapacidad.

En cuestión a los adultos con discapacidad suelen llegar a enfrentarse a un oportuno problema, casi generalizado, ya que hay muy pocas oportunidades de trabajo para ellos debido a la ignorancia de los contratistas o reclutadores (depende de ellos, ya que la legislación se refiera al apoyo a las empresas en base a los impuestos, no existe tal apoyo hacia las personas con discapacidad) que desconocen sobre las capacidades cognitivas y habilidades físicas de las personas con discapacidad fuente según datos del servicio nacional de empleo a través del Programa “Abriendo Espacios” (2000). Otra de las dificultades puede ser la falta de condiciones en el transporte público de la ciudad, ya que no existen vehículos con rampas de ascenso y descenso, no cuentan con espacios para sillas de ruedas así como tampoco se cuenta en calles y avenidas con señalamientos que permitan un mejor tránsito para las personas con discapacidad.

Para personas que quieran trabajar temas similares a los de esta propuesta se recomienda que tengan vocación de servicio, empatía hacia las personas con discapacidad y que sepan trabajar de manera multidisciplinaria.

REFERENCIAS

- Afinsyfacro . (2009). *Fisioterapia y Rehabilitación*. Obtenido de Afinsyfacro:
<http://www.afinsyfacro.es/fisioterapiayrehabilitacion>
- Angeles, M. (2015). *Los beneficios para la salud de la abrazoterapia*. Obtenido de Vivriendosanos.com: <https://viviendosanos.com/los-beneficios-para-la-salud-de-la-abrazoterapia/>
- Balance Sociosanitario de la Dependencia y la Discapacidad. (2012). *Terapias innovadoras aplicadas al cuidado de las personas dependientes*. Obtenido de Balance Sociosanitario de la Dependencia y la Discapacidad: https://www.balancesociosanitario.com/Terapias-innovadoras-aplicadas-al-cuidado-de-las-personas-dependientes_a1354.html
- Bericat, E. (2012). *Emociones*. Obtenido de Universidad de Sevilla, España:
<http://www.sagepub.net/isa/resources/pdf/Emociones.pdf>
- Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2010).
- Ernst-Slavit, G. (2001). Educación para todos: La teoría de las inteligencias múltiples de Gardner. *Revista de Psicología de la PUCP*, 319-332. Obtenido de Revista de Psicología de la PUCP: <file:///C:/Users/reservaciones.ayb/Downloads/3633-13942-1-PB.pdf>
- ESPECIAL, D. G. (2011). Obtenido de <http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/auditiva.php>
- Fantova Azkoaga, F. (2002). Trabajar con las familias de las personas con discapacidades. *Siglo Cero*, 33-49.
- Ferral. (2010). Obtenido de
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/106806/discapacidad-auditiva.pdf>

- García Ríos, M. (2009). *El paradigma de la fisioterapia a traves de un estudio ciencimético*.
Obtenido de Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada:
<https://hera.ugr.es/tesisugr/18574750.pdf>
- Guevara Benitez, Y., & González Soto, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1023-1047.
- INEGI. (2010). Obtenido de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/discapacidad/>
- Luque-Parra, D., & Luque-Rojas, M. (20016). Hay TDAH, pero no discapacidad intelectual.
Análisis psicoeducativo de un caso. *Revista Mexicana de Psicología Educativa*.
- Medina C., C. G. (2004). *Taller de arte terapia en el proceso de rehabilitación de un paciente alcohólico*. Obtenido de Universidad de Chile:
http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2004/medina_c/sources/medina_c.pdf
- Monroy, E. (2015). *Equinoterapia: Apoyo para la rehabilitación emocional*. Obtenido de Ciudad Yoga: <http://revista.ciudadyoga.com/medicina-alternativa/850-equinoterapia-apoyo-para-la-rehabilitacion-emocional>
- Moretin Gutiérrez, R. (2013). *El desarrollo de la inteligencia emocional en las personas con discapacidad*. Obtenido de Escuela de bienestar:
https://discapacidad.fundacionmapfre.org/escueladefamilias/es/imagenes/T132_VD_tcm207-34378.pdf
- OMS. (2017). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

- Oneca Carreras, N. (2015). *Musicoterapia: fundamentos, aspectos practicos y aplicación a niños hospitalizados*. Obtenido de Universidad de Navarra:
<https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/39653/1/Noelia%20Oneca.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Temas de salud Discapacidades*. Obtenido de Organización Mundial del la Salud: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Orozco Aranco, M. E. (2015). *Equinoterapia y discapacidad: Un abordaje desde la psicología*. Montevideo: Universidad de la Republica Uruguay.
- Orozco Aranco, M. E. (2015). *Equinoterapia y Discapacidad: Un abordaje desde la psicología*. Obtenido de Universidad de la Republica Uruguay:
http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_ma_elina_orozco.pdf
- Ortega Silva, P. (2012). *Cambios en la dinámica familiar con hijos con discapacidad*. Obtenido de Revista PsicologiaCientifica.com: <http://www.psicologiacientifica.com/hijos-con-discapacidad-cambios-familia/>
- Ortega Silva, P., Torres Velázquez, L., Reyes Luna, A., & Garrido Garduño, A. (2010). *Paternidad: niños con discapacidad*. Obtenido de Redalyc:
<http://www.redalyc.org/pdf/802/80212393008.pdf>
- Pascual Toca, R. (s.f.). *Musicoterapia*. Obtenido de Ministerio de Educación. Gobierno de España: http://descargas.pntic.mec.es/mentor/visitas/inicio_musicoterapia.pdf
- Paz, B. M. (2003). (trillas, Ed., & M. G. Molleda, Trad.) Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?id=8C7cXICGQ0YC&printsec=frontcover&hl=es&>

vq=%22Programa+de+actividades+ling%C3%BC%C3%ADsticas+para+el+jard%C3%A
Dn+comunitario%22&source=gbs_citations_module_r&cad=5#v=onepage&q&f=false

Pérez Porto, J., & Gardey, A. (2009). *Definición de Abrazo*. Obtenido de Definición.De:

<https://definicion.de/abrazo/>

Poch B., S. (Diciembre de 2001). Importancia de la Musicoterapia en el área emocional del ser humano. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 99-113. Obtenido de

<http://www.redalyc.org/html/274/27404208/>

Ponce Espino, J., & Torrecillas Martín, A. (2014). *Estudio de factores resilientes en familiares de personas con discapacidad*. Obtenido de Redalyc:

<http://www.redalyc.org/pdf/3498/349851791040.pdf>

Red de Salud de Cuba. (2005). *Equinoterapia/Hipoterapia*. Obtenido de InfoMed:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/santiagodecuba/equinoterapia.pdf>

Ródenas Rios, J. A. (2017). *El desarrollo de la inteligencia emocional en las personas con discapacidad intelectual: revisión bibliográfica*. Obtenido de Publicaciones Didácticas:

<http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/087079/articulo-pdf>

Roque Hernández, M. (2009). *Resiliencia materna ante la discapacidad: estudio en una comunidad marginada del DF*. Obtenido de

<http://132.248.9.195/ptd2009/septiembre/0648689/Index.html>

Rosen, P. (2015). *La importancia de la inteligencia emocional para los niños con dificultades de*

aprendizaje y atención. Obtenido de Understood: <https://www.understood.org/es-mx/friends-feelings/empowering-your-child/building-on-strengths/the-importance-of-emotional-intelligence-for-kids-with-learning-and-attention-issues>

Teleton. (2014). Obtenido de <http://www.teleton.org/home/noticia/todo-sobre-discapacidad-dependiente>

Universidad Politecnica de Valencia. (s.f.). *Inteligencia emocional*. Obtenido de Universidad Politecnica de Valencia:

<https://www.upv.es/contenidos/SIEORIEN/infoweb/sieorien/info/869054C>

Veizaga Sangüeza, K. (2017). *Programa de capacitacion en abrazoterapia, para fortalecer habilidades socioafectivas en educadoras de centros infantiles*. Obtenido de Scielo:

http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n18/n18_a04.pdf

ANEXOS
Anexo 1. Historia Clínica



Motivo De Consulta:

I. DATOS PERSONALES		
No. De Expediente: _____	Fecha: _____	
Nombres: _____	Apellidos: _____	
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____
Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico, psiquiátrico o físico: _____		

Definición del Problema:

EVOLUCIÓN: _____

CAUSAS: _____

ACCIONES REALIZADAS EN BUSCA DE SOLUCIÓN: _____

IMPLICACIONES: (a nivel familiar, social, académico, etc.): _____

Estructura y Funcionalidad Familiar:

- ANTECEDENTES FAMILIARES:

MIEMBRO	PARENTESCO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

Diagnóstico familiar

VINCULOS AFECTIVOS CONFLICTIVOS Y REDES DE COMUNICACIÓN: _____

Historia Personal:

INFANCIA: (sucesos relevantes): _____

ADOLESCENCIA (sucesos relevantes): _____

Escolaridad:

Dimensiones:

COMPORTAMENTAL:

AFECTIVA:

SOMÁTICA:

COGNITIVA:

SOCIAL:

Prueba y Análisis de Resultados:

HABILIDADES _____

Tratamiento a Seguir: _____

EVOLUCIÓN

Sesión No. _____ Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____ Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Sesión No. _____ Fecha: _____

Objetivo: _____

Descripción: _____

Evaluación realizada por: _____

Anexo 2

Análisis de puestos del personal contemplado en el organigrama

Datos Generales

Nombre del puesto: Director

Ubicación orgánica: Cúspide del organigrama.

Percepción mensual: \$14,000.00 (catorce mil pesos)

Áreas que le reportan: Secretaría, contador, promotor publicitario, coordinador de psicología y coordinador de fisioterapia.

Áreas a las que reporta: Dueños (encargados y responsables del Centro).

Habilidades

Conocimiento: Coordinación y creación de equipos efectivos de trabajo, mejora continua, creación de indicadores, administración de recursos materiales, humanos, financieros y tecnológicos.

Experiencia: 3 años comprobables en puesto directivo.

Habilidades Técnicas: Control de entradas y salidas de flujo de efectivo y nómina. Liderazgo.

Responsabilidades

Recursos Financieros: Manejo de cuentas crediticias, manejo de inventarios.

Recurso Material: Equipo mobiliario de oficina, uniforme de la instancia (camisa blanca bordada con el escudo de CAERF, terminal móvil, computadora.

Ambiente:

Ambiente Físico: Oficina, lugar cerrado con aire acondicionado, apto para el trabajo de oficina y archivado de papeleo.

Riesgos Potenciales: Demandas jurídicas, trato con personal de carácter diverso.

Datos Generales

Nombre del puesto: Secretaria

Ubicación orgánica: Director, secretaria.

Percepción mensual: \$4,500.00 (cuatro mil quinientos pesos)

Áreas que le reportan: Todos los departamentos le reportan para que exista una coordinación entre todas las áreas y exista una buena comunicación y no se omitan detalles importantes.

Áreas a las que reporta: Todos los departamentos tienen comunicación con el puesto.

Habilidades

Conocimiento: Escribir la correspondencia y custodiar los documentos de una oficina; del asistente o auxiliar administrativo de una empresa.

Experiencia: 1 año mínimo.

Habilidades Técnicas: Secretariado ejecutivo.

Responsabilidades

Recursos Financieros: ninguno.

Recurso Material: Artículos de oficina, computadora, escritorio, silla ejecutiva.

Ambiente:

Ambiente Físico: Oficina, lugar cerrado con aire acondicionado, apto para el trabajo de oficina y archivado de papeleo.

Riesgos Potenciales: Trato con personas diversas.

Datos Generales

Nombre del puesto: Contador

Ubicación orgánica: Director, secretaria,

Percepción mensual: \$9,500.00 (nueve mil quinientos pesos)

Áreas que le reportan: Dirección.

Áreas a las que reporta: Dirección.

Habilidades

Conocimiento: Elaboración de las cuentas y registros financieros. Asesorar a la asociación en su declaración de impuestos. Calcular el monto a cancelar por concepto de impuestos. Etc.

Experiencia: 2 años mínimo.

Habilidades Técnicas: Recopilar información y realizar auditorías a la asociación, analizar los registros contables, elaborar el balance de los ingresos y gastos en el libro contable correspondiente. Garantizar que tantos los ingresos como los egresos de dinero hayan sido debidamente registrados.

Responsabilidades

Recursos Financieros: Todo el recurso financiero debe manejarlo el contador.

Recurso Material: Artículos de oficina, computadora, escritorio, silla ejecutiva.

Ambiente:

Ambiente Físico: Oficina, lugar cerrado con aire acondicionado, apto para el trabajo de oficina y archivado de papeleo, software especializado.

Riesgos Potenciales: Pérdidas financieras. Mala ergonomía.

Datos Generales

Nombre del puesto: Promotor Publicitario

Ubicación orgánica:

Percepción mensual: \$7,500.00 (siete mil quinientos pesos)

Áreas que le reportan: Director, Contador.

Áreas a las que reporta: Director y contador.

Habilidades

Conocimiento: Diseño, mercadotecnia y publicidad.

Experiencia: 2 años

Habilidades Técnicas: Promoción interna en la empresa.

Responsabilidades

Recursos Financieros: Sólo pagos respecto a promoción y publicidad, y efectuación de convenios.

Recurso Material: Computadora, softwares de diseño, bocina para eventos, escritorio, publicidad, silla ejecutiva.

Ambiente:

Ambiente Físico: Trabajo de campo, expuesto al sol, lluvia o factores externos incontrolables. Oficina, acondicionamiento para trabajo en marketing.

Riesgos Potenciales: Accidentes en el campo de trabajo, exposición de la retina a la computadora por un tiempo prolongado.

Datos Generales

Nombre del puesto: Trabajadora Social

Ubicación orgánica: Director, Secretaria, Contador, Promotor publicitario, Recepcionista.

Percepción mensual: 5,000.00 (cinco mil pesos)

Áreas que le reportan: Recepción, Secretaria

Áreas a las que reporta: Médico Tratante-Vinculador-Facilitador.

Habilidades

Funciones: Orientar, guiar, lograr la integración e inclusión, aceptación en la familia o en el paciente a lograr la aceptación de la discapacidad de manera emocional, ayudando al paciente

a lograr la inclusión, al campo laboral o educativo, siendo el primer contacto con las empresas y organismos gubernamentales en la obtención de becas para niños, jóvenes y adultos en caso de que existan los programas de apoyos, coordinar y reportar mensualmente las actividades del psicólogo. Hacer la entrevista inicial al aspirante, fijar los objetivos del mismo, de acuerdo a las características de cada clínica de atención emocional o rehabilitación física, determinará si es apto al cumplir los requisitos que se le soliciten para su ingreso al centro. Abrir el expediente del paciente y canalizarlo al Médico Tratante-Vinculador-Facilitador. Visitas periódicas a los hogares de pacientes egresados del centro, llevar un control de seguimiento en casa bajo la autorización de los familiares, fungir como integradora al “VALPAR” con la finalidad de que el paciente aprenda un oficio o ingrese a un trabajo formal y, en el caso de los pacientes pequeños, asistencia a las escuelas que tengan programas inclusivos o en su defecto el C.A.M.

Experiencia: 3 años mínimo en centros educativos o en atención específicamente a personas con discapacidad.

Habilidades Técnicas: Identificación de redes de apoyo aptas para acompañar al paciente en el proceso de terapia física o emocional, criterio propio, determinación de características específicas de cada clínica,

Responsabilidades

Recursos Financieros: Viáticos. .

Recurso Material: Camillas, taburetes, cojines y rodillas, agujas, punción, aceites, cremas, papel, fundas, electro estimulación.

Ambiente:

Ambiente Físico: Las veces que sean necesarias, deberá trabajar en campo (escuelas, STPV, VALPAR, etc.) u oficina con aire acondicionado.

Riesgos Potenciales: Trabajar con toda clase de personas, en el peor de los casos pudiese presentarse hostilidad.

Datos Generales

Nombre del puesto: Médico Tratante-Vinculador-Facilitador.

Ubicación orgánica: Director, secretaria, contador, promotor publicitario, recepcionista, trabajadora social, médico tratante-vinculador-facilitador.

Percepción mensual: 7,000.00 (siete mil pesos)

Áreas que le reportan: Médico tratante-vinculador-facilitador.

Áreas a las que reporta: Director

Habilidades

Funciones: Fungirá como intermediario entre el fisioterapeuta, y los clientes del centro de atención con la finalidad de supervisar los procesos y técnicas aplicadas en el paciente. Resolverá inconformidades existenciales entre los clientes y algún tratamiento aplicado. Manejará el personal del área de Fisioterapia y diseñará los programas de capacitación y actualización del personal a su cargo. Promover y gestionar apoyos económicos o donaciones para el centro y los usuarios.

Experiencia: 3 años mínimo en rehabilitación física

Habilidades Técnicas: Liderazgo, creación de equipos efectivos de trabajo, trabajo bajo presión, dominio de las técnicas aplicadas en los pacientes, facilidad de palabra y coordinación de personal, manejo de inventarios, desarrollo de reportes, planeación de recursos necesarios para llevar a cabo las terapias y monitoreo de actividades competentes al área.

Responsabilidades

Recursos Financieros: Sólo en especie.

Recurso Material: Camillas, taburetes, cojines y rodillas, agujas, punción, aceites, cremas, papel, fundas, electro estimulación. (Reserva o inventario)

Ambiente:

Ambiente Físico: Oficina con aire acondicionado y supervisión en campo (área de rehabilitación física).

Riesgos Potenciales: Sufrir lesiones propias del trabajo.

Datos Generales

Nombre del Puesto: Fisioterapeuta

Ubicación Orgánica: Director, Secretaria, Contador, Promotor Publicitario, Recepcionista, Trabajadora Social, Coordinador de Fisioterapia y Fisioterapeuta.

Percepción Mensual: 6,500.00 (seis mil quinientos pesos)

Áreas que le Reportan: Auxiliar

Áreas a las que Reporta: Director y Coordinador de Fisioterapia

Habilidades

Funciones: Tratará a personas o niños en recuperación en caso de daños físicos y a aquellas que buscan el alivio a dolores causados por problemas físico crónicos. De acuerdo a la discapacidad de cada paciente es común que diseñe un programa de rehabilitación física acorde a necesidades y realice reportes mensuales de avance al coordinador en turno.

Experiencia: 3 años mínimo en rehabilitación física

Habilidades Técnicas: Es necesario que cuente con una especialidad en trato a personas con discapacidad y de ser necesario que cuente con una certificación en el área.

Responsabilidades

Recursos Financieros: Ninguno.

Recurso Material: Camillas, Taburetes, Cojines y Rodillos, Agujas, Punción, Aceites, Cremas, Papel, y Electro-Estimulantes.

Ambiente:

Ambiente Físico: Área recreativa con alberca, y aparatos aptos para llevar a cabo la terapia

Riesgos Potenciales: Sufrir lesiones propias del trabajo